

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión:

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto: Teléfono:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período desde: hasta:

Diagrama de traslado:

| Viaje | Domicilio de partida | Domicilio de destino | Km. por viaje | Importe diario | Importe mensual |
|-------|----------------------|----------------------|---------------|----------------|-----------------|
| 1     |                      |                      |               |                |                 |
| 2     |                      |                      |               |                |                 |
| 3     |                      |                      |               |                |                 |

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

| Viaje | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| 1     |       |        |           |        |         |        |
| 2     |       |        |           |        |         |        |
| 3     |       |        |           |        |         |        |

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del Km.

Monto mensual:

Firma y Aclaración del Transportista