

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Localidad: _____ Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____ CBU: _____

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