

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE
(Res. 1743/2024 – Anexo III)

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador:

CUIT Nº:

Domicilio del prestador:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono de contacto:

Compañía de Seguros:

Póliza Nº Vigencia del: ____/____/____ al: ____/____/____

Beneficiario (Apellido y nombre):

DNI Nº:

Período de traslado - Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

DIAGRAMA DE TRASLADO

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km x viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO:

(indicar días y horas de traslado- Tachar los días que no correspondan)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
1						
2						
3						

Total Km recorridos en el Mes:

Adicional dependencia 35 % (Sujeto a evaluación): Sí – No (tachar lo que no corresponda)

Valor del km: \$ (Aranceles del Nomenclador de Prestaciones Básicas Ley Nº 24.901)

Monto mensual: \$

.....
Firma y Aclaración del Transportista