

PRESUPUESTO TRANSPORTE (ANEXO 5)

Fecha de Emisión: __/__/____

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario:

DNI:

Período: desde:

hasta:

Viaje Domicilio De partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	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.