

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 10/12/2025

Razón social del prestador: A Soc. Amigos del Taller p/ Discapacitados

CUIT: 30674158838

Mail de contacto: recepcionpinquen@gmail.com Teléfono: (03424) 430093

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: Lupuez Luisina DNI: 46.134.379

Período: desde: Enero 2026 hasta: Diciembre 2026

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1	Blvd. Pasteur 171	Av. y Newbery 702	1KM	12 KM Diarios Residencia	
2	Av. y Newbery 702	Blvd. Pasteur 171	1KM		
3					

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	x	x	x	x	x	
2	x	x	x	x	x	
3						

Total Km. Mensuales: 264 KM (12 KM Diarios Resid. Tramos Cortos)

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si No

Valor del km: \$ 733,73

Monto mensual \$193.704,72

Graciela Hämmery
Graciela Hämmery
 Presidente
 Firma y Aclaración del Transportista Asociación Amigos Del Taller Para Discapacitados

Asociación Amigos del Taller
 Para Discapacitados
 RINGE NEWBERY 782 - 774
 CALVEZ

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: 10/12/2025

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI: Yo Lupuez Juan Marcelo con Documento Tipo (DNI) N° 29.339.387, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde Enero 2026 hasta Diciembre 2026.

Firma: *[Firma]*
 Aclaración: Lupuez Juan Marcelo

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de Lupuez Luisina

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: *[Firma]*
 Aclaración: Lupuez Juan Marcelo
 Documento: 29.339.387

Dr. Eduardo Gesquer
Dr. Eduardo Gesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2653 - L° II - F° 128
 U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS