

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 15/11/2025
 Razón social del prestador: Siner Celia Gabriela Remis S/C
 CUIT: 27-26045070-6
 Mail de contacto: Remis.eyc@gmail.com Teléfono: 3476605920
 Compañía de Seguros: Triunfo Póliza N°: 3339579
 Beneficiario: Rivero Zoe María DNI: 45.508.971
 Periodo: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026

Diagrama de traslado: Centro de Rehabilitación N° 2014 "Luis Braille"

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1	San Juan 435	Esposo 528	146.4	107.41807	537.090 ³⁵
2	Marcel	Rosario			
3	Santa Fe	Santa Fe			

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1			X			
2						
3						

Total Km. Mensuales: 732 (5 viajes)
 Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si / No
 Valor del km: \$ 733,13-
 Monto mensual \$ 537.090³⁵

Firma y Aclaración del Transportista

Celia G. Siner
REMIS "EYC"
 de Celia G. Siner
 D.N.I.: 26.045.070

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:
 Apellido y nombre del beneficiario: RIVERO ZOE MARIA
 Número de Afiliado/DNI: 45.508.971
 Yo JUAN CARLOS RIVERO con Documento Tipo dni N° 14.500.459 doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde hasta

Firma: *Juan Carlos Rivero*
 Aclaración: JUAN CARLOS RIVERO

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de ZOE MARIA RIVERO

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

Firma: *Juan Carlos Rivero*
 Aclaración: JUAN CARLOS RIVERO
 Documento: 14.500.459

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS