

**PRESUPUESTO TRANSPORTE**

Fecha de Emisión: 07/01/2026  
 Razón social del prestador: Siner Celia Gabriela  
 CUIT: 27-26045070-6  
 Mail de contacto: remis.eyc@gmail.com Teléfono: 3476605920  
 Compañía de Seguros: Triunfo Póliza N°: 3339549  
 Beneficiario: Ojeda Solis Lautero DNI: 48065555  
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026

**Diagrama de traslado:** A Rehabilitación

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1	Castellano 2015	Santa Fe 330	44	32.284 <sup>40</sup>	645.682 <sup>40</sup>
2	Pto Barbo	Olivero			
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	X	X	X		
2						
3						

Total Km. Mensuales: 880  
 Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si (No)  
 Valor del km: 733,73  
 Monto mensual 645.682<sup>40</sup>

*Celia Gabriela*  
 Firma y Aclaración del Transportista

*Dr. Eduardo Casquet*  
 MEDICO AUDITOR  
 Mat. N° 2653 - L° II - P° 128  
 U.O.M.R.A.

**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

**REMIS "E Y C"**

Fecha: 07.01.2026  
 Apellido y nombre del beneficiario: Solis Lautero Emanuel  
 Número de Afiliado/DNI: 48065555  
 Yo Solis Lautero Emanuel con Documento Tipo (DNI) N° 24146749  
 doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde Febrero hasta Diciembre.

Firma: .....  
 Aclaración: .....

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de Lautero Emanuel Solis

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.  
 Firma: *Jorge E. Solis*  
 Aclaración: .....  
 Documento: 24146749