

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 11/12/2025
 Razón social del prestador: Paulin Jorge Luis
 CUIT: 23 11628192 9
 Mail de contacto: _____ Teléfono: 3482 534110
 Compañía de Seguros: SANCOR Póliza N°: 000030551073
 Beneficiario: Romero Adriana DNI: 17473035
 Periodo: desde: febrero 2026 hasta: Diciembre 2026

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1	<u>Calle 10 N° 800</u>	<u>Brown 1050</u>	<u>59,40</u>	<u>43583,16</u>	<u>871671,25</u>
2	<u>Sta Fe</u>	<u>Pta Sta Fe</u>			
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						
3						

Total Km. Mensuales: 1188
 Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No
 Valor del km: 733,43
 Monto mensual 871671,25

Jorge Luis Paulin
 D.N.I. 11.628.192
 Sn. Martín Oeste 242 - Avda. Sta Fe

Dr. Eduardo Qesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2663 - L° II - P° 128
 U.C.M.R.A.

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: 11/12/2025
 Apellido y nombre del beneficiario: Romero Adriana
 Número de Afiliado/DNI: 17473035
 Yo GONZALEZ DA SILVA, MIGUEL con Documento Tipo (AUT) N°
 doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde febrero 2026 hasta Diciembre 2026.

Firma: [Firma]
 Aclaración: GONZALEZ DA SILVA, MIGUEL

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de GONZALEZ DA SILVA, MIGUEL

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

Firma: [Firma]
 Aclaración: GONZALEZ DA SILVA, MIGUEL
 Documento: 13840033