

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 09 / 12 / 2025
Razón social del prestador: MELGAREJO CARLOS
CUIT: 20-24245385-3
Mail de contacto: clau.revt@hotmail.com Teléfono: 3424225066 / 3424668761
Compañía de Seguros: RIVADAVIA Póliza N°: _____
Beneficiario: ULRICH MASCARENA DNI: 42.766.217
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	<u>Pje Publico 205.70</u>	<u>Frugre 2954</u>	<u>18,40 Km</u>		
2	<u>3955</u>				
3					

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>—</u>
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____
Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No
Valor del km: \$ 733,73
Monto mensual _____

CARLOS MELGAREJO
CUIT: 20-24275385-3
Firma y Aclaración del Transportista

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2883 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: 9 / 12 / 2025
Apellido y nombre del beneficiario: ULRICH MASCARENA
Número de Afiliado/DNI: 42.766.217
Yo _____ con Documento Tipo (.....) N° _____
doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde _____ hasta _____

Firma: ULRICH
Aclaración: ULRICH

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

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

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

Firma: _____
Aclaración: _____
Documento: _____

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS