

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 10 / 12 / 2025
 Razón social del prestador: Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados
 CUIT: 30674158838
 Mail de contacto: recepcionpinpvene@gmail.com Teléfono: (03404) 4300 93
 Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____
 Beneficiario: Torres Francisco DNI: 43.958.890
 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	Mitre 1493	AV. y Newbery 782	2,6KM	12 KM diarios según Res. Tramos cortos	
2	AV. y Newbery 782	Mitre 1493	2,6KM		
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 (12KM diarios según Res. Tramos cortos)

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Sí

Valor del km: \$ 990,53

Monto mensual \$ 261.499,92

Francisco Torres
 Firma y Aclaración del Transportista

Graciela Hammerly
 Presidente
 Asociación Amigos Del Taller Para Discapacitados

Asociación Amigos del Taller Para Discapacitados
 JORGE NEWBERY 782 - 774 GALVEZ

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: 10/12/2025
 Apellido y nombre del beneficiario:
 Número de Afiliado/DNI:
 Yo OSCAR TORRES con Documento Tipo DNI N° 27.426.110 doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde Enero 2026 hasta Diciembre 2026.

Firma: _____
 Aclaración: OSCAR TORRES

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de Torres Francisco - DNI: 43.958.890

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

Firma: _____
 Aclaración: OSCAR TORRES
 Documento: 27.426.110

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS