

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 23 / 02 / 2026

Razón social del prestador: SCHISCHMAN KAREN PAULA

CUIT: 27-39368080-1

Mail de contacto: _____ Teléfono: 3424367144

Compañía de Seguros: TRIUNFO SEGUROS Póliza N°: _____

Beneficiario: GOMEZ TIMOTEO DNI: 50312679

Período: desde: MARZO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1	MISIONES 5153	ESCUELA ESPECIAL N° 2064	21	16298.94	358576.68
2					
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: 462

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si NO

Valor del km: \$776.14

Monto mensual \$358576.68

TRANSPORTE GHISMANGUITO

Schischman Karen Paula

27-39368080-1

Karen_schischman080@hotmail.com

Firma y Aclaración del Transportista

SCHISCHMAN KAREN PAULA

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: GOMÉZ, Timoteo Leonel

Número de Afiliado/DNI: 50.312.679

Yo con Documento Tipo (.....) N°
....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde
..... hasta.....

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 GOMÉZ, Timoteo Leonel.....

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

Firma: *Paula Leonel*.....

Aclaración: *PELEZ VINCIA*.....

Documento: *29.808873*.....

IF-2021-109593860-APN-SSS

Dr. *Eduardo Oesque*

MAESTRO AUDITOR

Mat. N° 2653 - L° II - F° 128

L.O.M.R.A.