

Identificación del Profesional:

Nombre:

Cédula de Identidad:

Número de Caja Profesional:

Teléfono:

Domicilio:

En mi calidad de Contador Público a solicitud de el/la Sr/ Sra....., certifico que:

1.- El/La misma con C.I.....con domicilio en la calle..... N°....., ciudad de....., departamento de....., es titular de la empresa.....con giro de venta de....., con domicilio fiscal en calle.....de la misma ciudad, inscrita en el Banco de Previsión Social con registro N°.....y en Dirección General Impositiva con RUT N°.....; con fecha de inicio de actividades el día...../...../.....

2.- La actividad mencionada anteriormente le genera un ingreso mensual líquido promedio de \$U..... (pesos uruguayos.....).

Tal ingreso surge de los datos correspondientes al año.....que se detallan a continuación:

Ingresos por ventas: \$U

Costo de los bienes vendidos y/o de los servicios prestados: \$U

Sueldos y cargas sociales: \$U

Ute (de la empresa) \$U

Ose (de la empresa) \$U

Antel (de la empresa): \$U

Otros gastos de funcionamiento (*): \$U

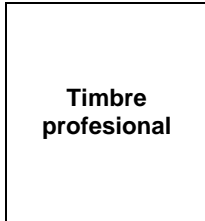
Total de Egresos: \$U

Resultado neto mensual: \$U

(*) Detallar los importes y concepto de gasto que incluye.

Dichos datos fueron extraídos de la siguiente documentación que se tuvo a la vista:.....
.....

Se expide el presente, en..... a los días del mes dedel año.....a efectos de su presentación ante el Fondo de Solidaridad.



FIRMA: