

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.- En el período de los meses _____ a _____ del año _____ obtuvo un ingreso total por ventas de \$U _____

3) La actividad tiene un costo (en el mismo período) de:

- Bienes vendidos y/o de los servicios prestados: \$U
- Alquiler de local: \$U
- Sueldos: \$U
- Cargas sociales: \$U
- Ute (de la empresa) \$U
- Ose (de la empresa) \$U
- Antel (de la empresa): \$U
- Otros gastos de funcionamiento (detallar): \$U

Total de Egresos: \$U _____

En resumen, la actividad mencionada anteriormente le genera un ingreso mensual líquido promedio de \$U _____ (pesos uruguayos.....).

Dichos datos fueron comprobados a través 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: