

INGRESOS MENSUALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE DEL PATRON/CLIENTE	FECHA DEL TRABAJO	CANTIDAD DEL PAGO	TIPO DE TRABAJO	HORAS POR PAGO	INICIALES DEL PATRON

MES	TOTAL

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Patrón: _____