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:_____

Fecha de Nacimiento:_____

Firma del Paciente:_____

Firma del Patrón: _____