

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Agencia

Dirección

Original - Deudor
1ra Copia - DIRECTOR DE FINANZAS
2da Copia - Recaudador Oficial
3ra Copia - Deudor
4ta Copia - Unidad Origen

FACTURA AL COBRO

Table with 3 columns: AF, AGEN, NUM. and 2 rows for NUM. FACTURA.

Nombre

Dirección y

Núm. de Cuenta o

Seguro Social

Main table with columns: DESCRIPCION, CUENTA, FONDO, ORG, PROG, ASIG, AP, APORT FEDERAL, IMPORTE. Includes a sub-table for transaction details.

CERTIFICO que los datos arriba indicados son correctos y que el pago de la deuda no se ha recibido. Usted tiene hasta 15 días laborables después de recibida esta factura para objetar la misma.

Fecha Nombre y Firma del Jefe o su Representante Autorizado Teléfono

Debe efectuar el pago con un cheque certificado o giro a nombre del Secretario de Hacienda y enviarlo a:

RETENGA EL ORIGINAL DE LA FACTURA Y ACOMPAÑE LA COPIA CON SU PAGO