

MODELO
Planta 1

LICENCIAS MEDICAS POR ACCIDENTES DEL TRABAJO

15/12/2005
18:01:05
PAG 1
.:
RELIC06.QRP

NOMINA COMPLETA

JULIO / 2006

FECHA DESDE : 01/07/2006 HASTA : 31/07/2006

NUMERO EMPLEADO	NOMBRE	ENTIDAD PAGADORA	NUMERO LICENCIA	FECHA DESDE	FECHA HASTA	NRO. DIAS	FECHA PROB PAGO	DIAGNOSTICO	NOMBRE MEDICO	VALOR SUBSIDIO	VALOR ANTICIPO	DIFERENCIA
--------------------	--------	---------------------	--------------------	----------------	----------------	--------------	--------------------	-------------	---------------	-------------------	-------------------	------------

No se encontro información requerida