ANEXO N°3

INFORMACIÓN DE DÍAS PERDIDOS

Organismo Administrador Seguro de la Ley N° 16.744: _____

Periodo de casos revisados*: _____

Número correlativo	RUT_Entidad Empleadora	Nombre o Razón Social_Entidad Empleadora	RUT del Trabajador/a	Código Único Nacional (CUN)	Total Días Perdidos	Total Días Rebajados