ANEXO N°3

INFORMACIÓN DE REBAJA DE DÍAS PERDIDOS

Organismo Administrador del 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 de días Perdidos notificados (a)	Total de días rebajados (b)	Días perdidos para el cálculo de la tasa (a -b)