

FORMATO 8
Recurso de Reconsideracion

CODIGO DE RECLAMO

N° DE SUMINISTRO

N° DE RESOLUCION IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACION

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI)

RAZON SOCIAL

TIPO DE RECLAMO (Indique la letra del tipo de reclamo)

Tipo de reclamo (según lista de Formato 2)

FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACION

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

SOLICITUD DE CONTRASTACION DEL MEDIDOR

DECLARACION DEL RECLAMANTE (aplicable a los medidores por sonsumo medido y solamente para aquellos que no solicitaron contrastacion al inicio del reclamo)	Si <input type="checkbox"/>
Acepto la realizacion de la prueba de contrastacion y asumir su costo, si el resultado de la prueba indica que el medidor no sobrerregistra	No <input type="checkbox"/>

INFORMACION A SER COMPLETADA POR LA EPS

FECHA MAXIMA DE NOTIFICACION DE LA RESOLUCION (DD/MM/AA)

Firma

Huella Digital
(Indice derecho)

Fecha

* En caso de no saber firmar o estar impedido bastara con la huella digital