

FORMATO 8
Recurso de Reconsideración

CÓDIGO DE RECLAMO

N° DE SUMINISTRO

N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

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

RAZÓN SOCIAL

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

Tipo de reclamo (según lista de Formato 2)

FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN

<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 CONTRASTACIÓN DEL MEDIDOR

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

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR LA EPS

FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN (DD/MM/AA)

Firma

Huella Digital*
(Índice derecho)

Fecha

*En caso de no saber firmar o estar impedido