

**FORMATO 8**  
**Recurso de Reconsideración**

	CÓDIGO DE RECLAMO <input style="width: 100px;" type="text"/>									
N° DE SUMINISTRO	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
FECHA DE NOTIFICACIÓN	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE										
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres								
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI) <input style="width: 100px;" type="text"/>										
RAZÓN SOCIAL <input style="width: 100%;" type="text"/>										
TIPO DE RECLAMO (Indique la letra del tipo de reclamo)										
Tipo de reclamo (según lista de Formato 2) <input style="width: 100px;" type="text"/>										
FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; height: 20px;"><hr/></td><td style="width: 50%;"><hr/></td></tr><tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr></table>			<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): Acepto la realización de la prueba de contrastación y asumir su costo, si el resultado de la prueba indica que el medidor no sobregregistra		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
<b>INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR LA EPS</b>										
FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN		(DD/MM/AA) <input style="width: 100px;" type="text"/>								
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>								
Firma	Huella Digital* (Índice derecho)	Fecha								
*En caso de no saber firmar o estar impedido										