

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

	CÓDIGO DE RECLAMO <input style="width: 100%;" 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: 100%;" 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: 100%;" type="text"/>		
FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO		
<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: 100%;" 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