

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

CÓDIGO DE RECLAMO <input type="text"/>		
Nº DE SUMINISTRO <input type="text"/>		
Nº DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA <input type="text"/>		
FECHA DE NOTIFICACIÓN <input type="text"/>		
NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI) <input type="text"/>		
RAZÓN SOCIAL <input type="text"/>		
TIPO DE RECLAMO (Indique la letra del tipo de reclamo)		
Tipo de reclamo (según lista de Formato 2) <input type="text"/>		
FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO		
<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 sobreregistra		Si <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR LA EPS		
FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN <input type="text"/> (DD/MM/AA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	Huella Digital* (Indice derecho)	Fecha

\*En caso de no saber firmar o estar impedido