

ANEXO 4:
FORMATO DE RECURSO DE RECONSIDERACIÓN REFERIDO A VMA



CODIGO DE RECLAMO

Nº DE SUMINISTRO

Nº DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

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

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

FICHA RUC

RAZÓN SOCIAL

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

Tipo de reclamo según lista (Anexo 4 Formato de reclamo referido a VMA)

Mes (0 meses) reclamado (s)

AÑO

FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN

NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO

SOLICITUD DE CONTRASTACIÓN DEL MEDIDOR

	SI <input type="checkbox"/>
	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