

Asunción, ____ de _____ de 202__

Señor
Dr. Roberto Melgarejo Palacios, Superintendente
Superintendencia de Salud
Presente

El/la que suscribe; _____, con documento de
identidad N° _____, tiene a bien dirigirse a usted en representación de la EPSS
denominada _____, propiedad de
_____, ubicada en _____
_____, de la ciudad de _____
del Departamento de _____, con teléfono N° _____,
Inscripta en el R.N.E.P.S.S. bajo código _____, con el fin de **solicitar**
la Re- evaluación de Categorización de la E.P.S.S., en cumplimiento de la Ley 2319/2006.

Para tal efecto se adjunta a la presente los documentos legales exigidos.

Atentamente.

.....
Firma

Cargo que ocupa:

SELLO DE LA EPSS