

FORMULARIO ÚNICO DE INICIO DE TRÁMITES

ASUNCIÓN _____ de _____ de 202_____

Señor.

DR. ROBERTO CARLOS MELGAREJO PALACIOS, SUPERINTENDENTE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

PRESENTE.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en representación de la EPSS _____
con código _____ propiedad de _____
a fin de solicitar.

- Pago de arancel de inscripción
- Pago de arancel de renovación
- Pago de arancel por reimpresión

Para el efecto acompaño los siguientes documentos:

- Formulario de actualización de datos _____
- Otros _____
- _____
- _____

Sin otro motivo, aprovecho la ocasión para saludarlo muy cordialmente.

SIMESE N°: _____

Firma del solicitante: _____

FECHA: ____/____/____

Cedula de identidad N°: _____

RECIBIDO POR: _____

REVISADO POR: _____

R.N.E.P.S.S.: _____

ACLARACION: _____

N°: _____

AUTORIZADO POR D.A.F.

OBSERVACIONES: _____

ADJUNTAR FICHA DE INFORMACIÓN DE REGISTRO SEGÚN TIPO DE ENTIDAD.