



**SOLICITUD DE FRACCIONAMIENTO DE DEUDA**

Señor

Dr. Roberto Melgarejo Palacios, Superintendente

Superintendencia de Salud

Presente:

Por el presente me dirijo a Ud., en representación de la Entidad: \_\_\_\_\_, con RUC N° \_\_\_\_\_, a fin de solicitar conforme a lo establecido en la Resolución Superintendencia de Salud N° 240/2026, de fecha 29/04/2026, la financiación del concepto que se cita más abajo, en un plazo de \_\_\_\_\_ cuotas, con una tasa de interés del 12% (doce por ciento anual).

Arancel Anual

Reconozco que, la falta de pago en el plazo de 30 (treinta) días, de la cuota convenida ocasionará la mora automática del cliente y supondrá la aplicación de un recargo del 1% (uno por ciento) mensual en concepto de intereses moratorios, sobre el capital de la cuota adeudada.

Además, asumo la responsabilidad de mantener actualizado los datos de la firma expuestos en esta nota, y a comunicar a la Superintendencia de Salud, dentro de un plazo razonable desde que se produzca, cualquier modificación de estos. En caso de falta de comunicación, se tendrán por válidos los datos expuestos en la presente solicitud para todos los efectos legales.

**Correo electrónico:**

**N° telefónico:**

**Dirección:**

---

*Firma con aclaración del representante legal y sello de la Entidad Prestadora de Servicio de Salud.*

**Observación:** Adjuntar fotocopia simple de la cédula de identidad civil del propietario o representante legal de la entidad y constancia de RUC de la EPSS.