



FORMULARIO ÚNICO DE INICIO DE TRÁMITES

ASUNCIÓN _____ de _____ de 202_____

Señor
DR. ROBERTO CARLOS MELGAREJO PALACIOS, SUPERINTENDENTE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

P R E S E N T E:

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

- Pago de arancel de renovación ☐
- Pago de arancel por reimpresión ☐
- Constancia de Cumplimiento con el pago de Cuotas de Fraccionamiento ☐
- Constancia de Cierre Temporal ☐
- Constancia de Cierre Definitivo ☐
- Constancia de Reapertura ☐
- Constancia de Cantidad de Asegurados ☐
- Constancia de Auditoria Contable y/o Jurídica ☐
- Certificado de Acreditación ☐
- Certificado de Categorización ☐

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

Firma y Sello de la EPSS: _____

SIMESE N°: _____

RECIBIDO POR: _____

FECHA: ____/____/____

MESA DE ENTRADA

USO EXCLUSIVO DIRECCIÓN DE CONTROL DE INSTITUTUCIONES

Documentos Adjuntados:

VERIFICADO POR: _____
FUNCIONARIO REGISTRO N.E.P.S.S.

ADJUNTAR FICHA DE INFORMACIÓN DE REGISTRO SEGÚN TIPO DE ENTIDAD.