



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 EPPS privada: _____, 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, el fraccionamiento del concepto que se cita más abajo, en un plazo de _____ meses.

Arancel Anual

Reconozco que, la falta de pago en el plazo de 30 (treinta) días corridos, de la cuota convenida ocasionará la mora automática de la EPSS y se aplicará un interés moratorio del 1% (uno por ciento) mensual en reemplazo del interés compensatorio anual.

Además, asumo la responsabilidad de mantener actualizado los datos de la EPSS expuesta 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.