



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Señores  
GRUPO SAESA

**REF.: SOLICITUD DE INSPECCIÓN DE SERVICIO**

Por medio de la presente, solicito a ustedes inspección del servicio que indico:

Servicio N° (\*) \_\_\_\_\_ Tarifa \_\_\_\_\_

Potencia \_\_\_\_\_ Fases \_\_\_\_\_

Nombre Cliente (\*) \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Representante (\*) \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Fono (\*) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección del servicio \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Contacto Terreno (\*) \_\_\_\_\_ Fono (\*) \_\_\_\_\_

El motivo por el cual solicito la inspección del servicio es:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Firma Cliente / Usuario / Representante Legal

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

(\*) Campos obligatorios

**Nota:** Los costos de este servicio serán cobrados en la siguiente facturación.

**Nota:** Este requerimiento tiene costo indicado en tarifa regulada de servicios, según Decreto N° 197 de fecha 17.07.2009.

Atención al Cliente: SAESA y LUZ OSORNO 600 401 2020 – FRONTEL 600 401 2021 – EDELAYSEN 600 401 20 22

www.gruposaes.cl