



**FORMATO DE ENTREGA DE LA  
CARTA DE DERECHOS Y DEBERES  
DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y  
DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE  
LA EPS**



Código: AS-FR-002

Versión: 02

Vigencia: 12/04/2022

**Primer Nombre  
Primer Apellido**

**Segundo Nombre  
Segundo Apellido**

**Tipo Documento  
Documento**

POR FAVOR MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERE ADECUADA

| Pregunta   | Respuesta |    |
|--|-----------|----|
|  | SI        | NO |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la CARTA DE DERECHOS y DEBERES DEL AFILIADO y DEL PACIENTE?                      |           |    |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la CARTA DE DESEMPEÑO donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? |           |    |
| ¿Leyó el contenido de la CARTA DE DERECHOS y DEBERES DEL AFILIADO y DEL PACIENTE?  |           |    |
| ¿Leyó el contenido de la CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS?   |           |    |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?  |           |    |

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, la no Afiliación a otra Entidad el Sistema de Seguridad Social en Salud, certifico mi supervivencia en este Municipio y de mi grupo Familiar. Recibí CARNET y de mi grupo familiar, como también tuve conocimiento y entrega de la carta de desempeño, proceso de atención en salud, carta de Derechos del afiliado y del paciente.

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

No.Documento: \_\_\_\_\_

Manifiesto no saber firmar y a ruego al Señor(a): \_\_\_\_\_

No.Identificación: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ autorizo a la EPS

que deseo recibir la Carta de derechos y Deberes y la Carta de desempeño

en medio electrónico al correo \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Registrado por: