| | | | |
|---|---|---|---|
| Emssanar S.A.S. | CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS | VERSIÓN 1 | EDICIÓN Mayo de 2016 |
| | | CODIGO FEPS-GCO-02 | Hoja 1 de 1 |

**A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EMSSANAR S.A.S. EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | X | |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | X | |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | X | |

**CC59673200 FANNY VICTORIA ANGULO CABEZAS**

**En constancia se firma a los 18 del mes de ene. de 2021**

**Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:**

**CC59673200 FANNY VICTORIA ANGULO CABEZAS**

X _____ C.C.

FIRMA AFILIADO

**Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.**

_____

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____

Domicilio (Dirección y ciudad): _____

**HUELLA AFILIADO**