

	<b>FORMATO ENCUESTA DE CARTA DE DERECHO DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y DESEMPEÑO DE LA EPS</b>	<b>Código: FUS – FO03</b>
		<b>Versión: 04</b>
	<b>FIDELIZACIÓN AL USUARIO</b>	<b>Fecha: 01/01/2025</b>
		<b>Página 1 de 1</b>

<b>FECHA ENCUESTA</b>		<b>COD OPERADOR</b>	
<b>AFILIADO</b>			
<b>TIPO DOCUMENTO</b>		<b>DOCUMENTO</b>	
<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>MUNICIPIO</b>	
<b>DIRECCION</b>			
<b>CELULAR</b>		<b>CORREO</b>	

Dando cumplimiento a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la lectura realizada de la carta de desempeño y derechos y deberes publicada por la EPS de manera física o digital el usuario debe marcar la casilla “SI” o “NO” de acuerdo con las preguntas a continuación relacionadas:

1	Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿La EPS Familiar de Colombia S.A.S. le hizo entrega de la carta de derechos de los afiliados y el paciente?	SI	NO	
2	Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿La EPS Familiar de Colombia S.A.S. le hizo entrega la carta de desempeño donde se presenta claro su puesto en el ranking?	SI	NO	
3	¿Leyó la carta de derechos de los afiliados y del paciente?	SI	NO	
4	¿Leyó la carta de desempeño de la EPS Familiar de Colombia S.A.S.?	SI	NO	
5	¿Si tuvo duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS Familiar de Colombia S.A.S.?	SI	NO	

Bajo gravedad de juramento manifiesto que la información suministrada es verídica y autorizo su validación en cualquier momento. El presente formato se ciñe a lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994 y la Resolución 581 de 2004. Acepto y certifico la responsabilidad por las respuestas indicadas, conforme a la afiliación.

<b>Espacio para diligenciar en caso de representante del afiliado:</b>  Nombre: _____  Identificación: _____
--

<b>HUELLA</b>
---------------

Firma a ruego,

\_\_\_\_\_

Firma del afiliado