

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nº 28139726

Fecha de Radicación							
3	0	0	7	2	0	2	1

RADICADO

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que viene en el anexo A para diligenciar este formulario)		Número de Trámite		Fecha de Radicación			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>		3. Regimen C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>			
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) 01			
A. AFILIACIÓN							
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)							
6. Apellidos y nombres VARELA ROJAS JUAN DE JESUS Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre							
7. Tipo documento de Identidad CC		8. Número del documento de Identidad 1038806579		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 10. Fecha de nacimiento 07101999			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos personales							
11. Etnia 06		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN _____			
15. Administradora de Riegos Laborales - ARL POSITIVA S.A.		16. Administradora de Pensiones 003 / PORVENIR		17. Ingreso base de Cotización - IBC 908,526			
18. Residencia CLL 96A N 90 BARRIO LA PL Dirección 3233738906 3203414873 Teléfono fijo Teléfono Celular 05172 / CHIGORODO Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Municipio/Distrito Zona Rural Localidad/Comuna 05 / ANTIOQUIA Departamento							
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante							
19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre							
20. Tipo de documento de identidad _____		21. Número del documento de identidad 1038816180		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 23. fecha de Nacimiento D D M M A A A A			
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre							
B1	CUELLO	CARVAJAL	YULIETH	PAOLA			
B2	VARELA	TERAN	YELENA	SOFIA			
B3							
B4							
B5							
25. Tipo de documento de identidad CC		26. Numero del documento de identidad 1038824749		27. Sexo Femenino X Masculino 28. Fecha de nacimiento 1 6 0 2 1 9 9 5			
B1	RC		X	0 9 0 6 2 0 1 8			
B2				D D M M A A A A			
B3				D D M M A A A A			
B4				D D M M A A A A			
B5							
Datos complementarios							
29. Parentescos CY		30. Etnia 06		31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P			
B1	HI						
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Telefono fijo y/o Celular CHIGOROD Urbana ANTOQUIA 3218878916							
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) 30300578 30300578							
B1	CHIGOROD	X	ANTIOQUIA	3203414873			
B2							
B3							
B4							
B5							
Selección de la IPS Primaria							
34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS PROMEDAN CHIGORODO - P P R				Código de la IPS (a registrar por la EPS) 30300578 30300578			
B							
B							
B							
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.							
35. Nombre o razón social CONSORCIO CIRCULAR TRANSP		36. Tipo de documento de identificación NI		37. Número del documento de identificación 901269581			
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01							
39. Ubicación KILOMETRO 65 Dirección		3188016637 Teléfono		transpacifico8@hotmail.com Correo electrónico		QUIBDO Municipio/Distrito	
						CHOCO Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES																											
40. Tipo de Novedad <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado </td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado																
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado																										
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																											
41. Datos básicos de identificación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td>Tipo documento de Identidad <input type="text"/></td> <td>Número documento de Identidad <input type="text"/></td> <td>Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></td> <td>Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD MM AA AA AA</td> <td>42. Fecha <input type="text"/> 3 0 0 7 2 0 2 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">43. EPS anterior</td> <td>44. Motivo de traslado Código <input type="text"/></td> <td colspan="3">45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</td> </tr> </table>										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD MM AA AA AA	42. Fecha <input type="text"/> 3 0 0 7 2 0 2 1	43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																								
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD MM AA AA AA	42. Fecha <input type="text"/> 3 0 0 7 2 0 2 1																							
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																								
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input checked="" type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" type="checkbox"/> 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> </td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input checked="" type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" type="checkbox"/> 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.																	
<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input checked="" type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" type="checkbox"/> 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.																											
VIII. FIRMAS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio</td> </tr> </table>										54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																										
IX. ANEXOS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 1</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 2</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> </tr> </table> Total <input type="text"/> 3 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> </td> </tr> </table>										<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 1</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 2</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> </tr> </table> Total <input type="text"/> 3	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	
<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 1</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 2</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> </tr> </table> Total <input type="text"/> 3	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0											
CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC																				
<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0																				
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital <input checked="" type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia <input type="checkbox"/> 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres <input checked="" type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input checked="" type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio																											
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/></td> <td style="width: 25%;">67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/></td> <td style="width: 25%;">68. Fecha de radicación <input type="text"/> DD MM AA AA AA</td> <td style="width: 25%;">69. Fecha de validación <input type="text"/> DD MM AA AA AA</td> </tr> </table>										66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/> DD MM AA AA AA	69. Fecha de validación <input type="text"/> DD MM AA AA AA														
66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/> DD MM AA AA AA	69. Fecha de validación <input type="text"/> DD MM AA AA AA																								
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td>Tipo documento de identidad <input type="text"/></td> <td></td> <td>71. Firma del funcionario</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número documento de Identidad</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario		Número documento de Identidad									
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																								
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario																									
Número documento de Identidad																											
Observaciones: <input type="text"/>																											
Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%; text-align: left;">¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>¿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?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td>¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> </table>										¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿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?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()			
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																									
¿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?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()																									
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()																									
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()																									
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()																									