

**CUESTIONARIO 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**

	SI	NO
¿ Previo 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"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la 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"/>

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

**Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_

**No. Identificación:** \_\_\_\_\_

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor (a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) \_\_\_\_\_

Firma a Ruego: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Edad: _____	
Dirección de domicilio: _____	

Huella

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: [www.compensar.com](http://www.compensar.com) / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.

• Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico [protecciondedatos@compensar.com](mailto:protecciondedatos@compensar.com), y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

**Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_ **No. Identificación:** \_\_\_\_\_