

DD MM AAAA

### Información básica del asociado

Nombre(s) y apellidos completos			Cédula	
Teléfono	Celular	E-mail	Tienes seguridad social - EPS Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
Dirección residencia		Barrio	Ciudad	Estrato
<b>Vive en casa</b> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>		Estudios realizados
Cargo actual		Salario mensual		Fecha de vinculación a PRESENTE
Área		Nombre dependencia		DD MM AAAA

### Descripción de la situación (caso y presupuesto estimado)

\_\_\_\_\_

### Información del beneficiario

Parentesco con el asociado	Nombre(s) y apellidos completos		Fecha de nacimiento
No. Identificación	Teléfono	Celular	DD MM AAAA
Dirección residencia - Barrio	Seguridad social		Caja de compensación
Diagnóstico			

¿Recibe ayudas o donaciones de otras entidades, personas de la familia o externos? Sí  No  ¿Cuales? \_\_\_\_\_

¿Ha hecho uso de instancias legales o de organismos gubernamentales para solicitar ayuda? Sí  No  ¿Cuales? \_\_\_\_\_

### Personas con quien vive el asociado

Nombre(s) y apellidos completos	Parentesco	Edad	Ocupación

En caso de vivir con más personas, completa la información en el respaldo de la hoja

### Información Económica del asociado

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Salario mensual	\$	Cuota de deducción PRESENTE	\$
Ingresos cónyuge/compañero (a)	\$	Cuota préstamos otras entidades externas	\$
Subsidio familiar	\$	Arriendo	\$
Otros ingresos familiares (Arriendos, ventas, donaciones, prestación de servicios)	\$	Servicios públicos	\$
		Alimentación	\$
		Educación	\$
		Transporte	\$
Otros, ¿Cuáles?	\$		\$
<b>Total ingresos mensuales</b>	<b>\$</b>	<b>Total gastos mensuales</b>	<b>\$</b>

### Valoración del jefe inmediato, jefe gestión humana o gerente

\_\_\_\_\_

El diligenciamiento de esta solicitud no genera un compromiso por parte del Fondo de Empleados Almacenes Éxito - PRESENTE para la asignación de este auxilio, esta queda en consideración del cumplimiento de los requisitos exigidos por parte de PRESENTE y las políticas consignadas en los reglamentos. El Fondo de Empleados se reserva el derecho de pedir el reembolso del auxilio cuando el mismo no se destinó para el fin otorgado o cuando no hay utilización del producto o servicio.

\_\_\_\_\_  
Firma jefe del asociado

Nombre \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado

C.C. \_\_\_\_\_

Adjuntar a esta solicitud los siguientes soportes:

- Historia clínica
- Fórmula médica
- Remisión interconsulta
- Información de la evaluación

