



1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO																			
Nombres y Apellidos											Genero		M	F	O				
Tipo de Documento		CC	CE	TI	PS	Número		Expedida en			Fecha de Expedición								
Estado Civil					Nivel educativo					No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda							
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado			Propia	Arrendada	Familiar					
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento							
DD	MM	AA																	
E - mail personal				No. Celular			Teléfono Fijo		Oficio o Profesión		Actividad Económica								
											Ej. Asalariado, pensionado, otro):								
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional		SI	NO	Mayores de 60 años <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad física, mental o sensorial <input type="checkbox"/> Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> Pueblos indígenas <input type="checkbox"/>															
				Persona en condición de pobreza extrema <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/> Población diversa/LGBTIQ+ <input type="checkbox"/>															
				Población Afrocolombiana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal? _____															
												Estrato	1	2	3	4	5	6	7
2. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO																			
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal (Ej. Salario): \$										Egresos mensuales (Ej. Gastos):\$									
Otros ingresos (Especificar valor y concepto de lo contrario \$0) : \$																			
Total activos (valor total de los bienes Ej. Carro, casa etc.):\$										Total pasivos (Valor total de las obligaciones):\$									
Declarante de renta		SI	NO	Persona expuesta políticamente o públicamente					SI	NO	Administra recursos públicos				SI	NO			
Realiza operaciones en moneda extranjera			SI	NO	Cuáles:														
Posee cuentas en moneda extranjera			SI	NO	No. cuenta		Banco		Moneda		Ciudad								
3. BENEFICIARIOS																			
Nombre completo						Tipo doc.	No. Documento de identidad			Parentesco		Teléfono		% Designación					
4. INFORMACIÓN LABORAL																			
Fecha de ingreso a la compañía			Tipo de contrato		Frecuencia de pago			INGRESOS		Salario Básico			Salario Integral						
DD	MM	AA			Mensual 15	Mensual 30	Quincenal												
5. REFERENCIAS																			
Conyugue	Nombre			Dirección					Teléfono										
Personal	Nombre			Dirección					Teléfono										
Familiar	Nombre			Dirección					Teléfono		Parentesco								
6. CUOTA DE APOORTE ORDINARIO																			
VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO MENSUAL Art. 40 del Estatuto							APORTES SOCIALES Entre el 2% al 10% sin ser inferior a \$71.200 mensuales (%)												
7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES																			
1. Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo a Foncorbета para que la verifique.																			
2. Estoy informado de mi obligación de actualizar por lo menos anualmente la información que solicite Foncorbета por cada producto o servicio que utilice.																			
3. Autorizo a la empresa pagadora o empleadora donde ostento la condición de empleado a descontar y trasladar a Foncorbета los valores reportados correspondientes a los aportes, ahorros o cualquier valor al cual me he comprometido a pagar en virtud de esta asociación y en los eventuales productos o servicios adquiridos por mi con Foncorbета y me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa pagadora o empleadora no efectúa el anterior descuento realizare el pago a Foncorbета para cancelar dicho aporte.																			
4. Me adhiero a los estatutos, reglamentos de crédito, ahorro, servicios y fondos sociales que rigen a Foncorbета. Igualmente a las decisiones de la Junta Directiva y Asamblea General de delegados así como al marco legislativo presente y futuro de las organizaciones solidarias.																			
5. Autorizo a Foncorbета para consultar, actualizar y reportar mis datos personales y comerciales como asociado y/o deudor solidario, en cualquier base de datos de centrales de riesgo que Foncorbета elija.																			
6. Autorizo de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, haga uso de mis datos personales y en general de la información obtenida en virtud de nuestra relación comercial.																			
7. Autorizo para que realice las consultas, reportes y controles establecidos en los términos de su política de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar en las fuentes que considere necesarias de conformidad con sus reglamentos y manuales de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.																			
8. Autorizo cancelar mi vinculación en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a Foncorbета de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado.																			
9. Declaro de manera voluntaria que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y no provienen directa o indirectamente del ejercicio de actividades establecidas como ilícitas bajo los términos de la ley penal Colombiana o cualquier norma que lo modifique o adicione, y dichos activos no han sido utilizados como medios o instrumentos para la realización de las mismas, de conformidad con las disposiciones aplicables vigentes.																			
10. Autorización de contacto: De acuerdo con la ley 2300 de 2023, en calidad de asociado y/o deudor solidario, tutor o representante legal, autorizo de manera expresa y voluntaria a Foncorbета, para que me contacte de manera directa dentro de los horarios estipulados por la ley en mención, para realizar gestión de cobro administrativa, acuerdos de pago, cobro pre jurídico y jurídico. Así como recibir información de los productos de ahorro, crédito y servicios solidarios a mi cargo. Esta autorización se extiende a los agentes, abogados o aliados externos de cobranza sean personas naturales o jurídicas, que contraten con Foncorbета, para realizar gestión de cobro administrativa, acuerdos de pago, cobro pre jurídico y jurídico. Autorizo que el contacto sea por medio de los siguientes canales (seleccione mínimo dos canales de contacto) Correo electrónico <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> WhatsApp *En caso de no actualizar sus canales, entenderemos que nos autoriza a seguir comunicándonos por los canales previamente autorizados por usted como son: correo electrónico, celular, llamada, mensaje de texto y WhatsApp.																			
11. La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.																			
9. FIRMA Y HUELLA										8. DOCUMENTOS ANEXOS					Vo. Bo. Por Foncorbета				
En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:										Fotocopia del documento de identificación					Responsable de verificación de información				
_____										Último comprobante de pago de nomina.					Nombre: _____				
Firma															Firma: _____				
C.C.										Huella Índice Derecho					Fecha: _____				
															v.2025				