



1. INFORMACION 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 ____ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ____ Mujer cabeza de familia ____ Pueblos indígenas ____															
				Persona en condición de pobreza extrema ____ Víctima del conflicto armado ____ Población diversa/LGBTIQ+ ____															
				Población Afrocolombiana ____ Otro ____Cuál? ____															
												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) : \$										Concepto:															
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	Posee productos en moneda extranjera					SI	NO		
Tipo de producto:			Identificación No. de producto:							Entidad:			Monto:												
Ciudad:			País:							Tipo de Moneda:			Realiza operaciones con Criptoactivos							SI	NO				
¿Nacionalidad distinta a la Colombiana?										SI	NO	¿Posee una Dirección o Teléfono de Residencia en una Jurisdicción diferente a Colombia?					SI	NO	¿Tiene obligaciones Fiscales en países diferentes a Colombia?					SI	NO

Nota: En caso de responder SI a cualquiera de estas preguntas, favor diligenciar la Autocertificación FATCA/CRS para Persona Natural.

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 \$87.500 mensuales (%)		
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--	--

7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

- Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo a Foncorbета para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar por lo menos anualmente la información que solicite Foncorbета por cada producto o servicio que utilice.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 ____ Celular ____ llamada ____ Mensaje de texto ____ 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.
- La organización podrá usar los mecanismos electronicos 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.2026	