



1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|------------|---------------------|-------|--|-------------|---------|----------------------|------------------|----------|--------------------|-----------|------------------------------------|---|--------------|---|---|--|
| Nombres y Apellidos | | | Expedida en | | | | | | | | | | Genero | M | F | O | | |
| Tipo de Documento | | | CC | CE | TI | PS | Número | 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 indigenas _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Persona en condición de pobreza extrema _____ Víctima del conflicto armado _____ Población diversa/LGBTIQ+ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población Afrocolombiana _____ Otro _____ 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) : \$ | | | | | | 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 | |
| OTROS DATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------|-----------|--|--|--|--|--|----------|------------|--|--|--|--|--|
| Conyuge | Nombre | Dirección | | | | | | Teléfono | | | | | | |
| Personal | Nombre | Dirección | | | | | | Teléfono | | | | | | |
| Familiar | Nombre | Dirección | | | | | | Teléfono | Parentesco | | | | | |

6. CUOTA DE APORTE 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 Foncorbeta para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar por lo menos anualmente la información que solicite Foncorbeta 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 Foncorbeta 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 Foncorbeta y me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa pagadora o empleadora no efectúa el anterior descuento realizar el pago a Foncorbeta para cancelar dicho aporte.
- Me adhiero a los estatutos, reglamentos de crédito, ahorro, servicios y fondos sociales que rigen a Foncorbeta. 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 Foncorbeta 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 Foncorbeta 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 Foncorbeta 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 Foncorbeta, 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 Foncorbeta, 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.

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|---|--|---------------|--|--|
| En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento: | | | | Firma | 8. DOCUMENTOS ANEXOS | | | Vo. Bo. Por Foncorbeta | |
| | | | | | Fotocopia del documento de identificación | | | Responsable de verificación de información | |
| | | | | Último comprobante de pago de nomina. | | | Nombre: _____ | | |
| | | | | | | | Firma: _____ | | |
| | | | | | | | Fecha: _____ | | |
| | | | | | | | v.2026 | | |
| Firma | | | | Huella Índice Derecho | | | | | |
| C.C. | | | | | | | | | |