



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					



Calle 11 No. 31A 42 Bogotá D.C. PBX 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288  
www.foncorbeta.com.co  
foncorbeta@colcomercio.com.co

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Señores

(Dejar este espacio en blanco)

Ciudad

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ por medio de la presente y de acuerdo con la normatividad descrita por la ley 1391 de 2010 art. 9, doy consentimiento previo y presento AUTORIZACION DE DESCUENTO expresa e irrevocable para descontar de mi salario, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones o cualquier otro rubro que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios, según la forma en que recibo mi pago de nómina, el Aporte Social y el Ahorro Permanente más las cuotas a Capital e Intereses correspondientes a las Obligaciones y servicios presentes y futuras que tenga o adquiera con el Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y/o Alkosto S.A. Foncorbeta NIT 830.046.245-7 y girarlos periódicamente a esa entidad.

Por lo anterior, solicito se sirva descontar de mi salario, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones o cualquier otro rubro que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios; \_\_\_\_ cuotas, cada una por valor de \$ \_\_\_\_\_, para ser giradas a favor de Foncorbeta y consignadas en la cuenta de \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Del Banco \_\_\_\_\_. (Dejar este párrafo en blanco)

Adicionalmente en caso de retiro por cualquier causa, expresamente autorizo irrevocablemente para que, de mi liquidación final de salarios, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones o cualquier otro rubro que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios, se descuente y cancele a favor de Foncorbeta en forma indivisible, incondicional e ininterrumpidamente y hasta completar el monto adeudado en capital e intereses.

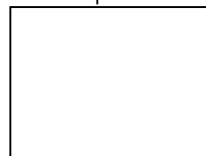
Autorizo a Foncorbeta para que en el evento que decida acelerar anticipadamente el plazo de la obligación, proceda a diligenciar el presente documento por el valor del saldo pendiente, intereses moratorios y cualquier gasto que ocasione el cobro de la deuda.

Autorizo a Foncorbeta a pagar a nombre mío, las facturas o cuentas de cobro de los servicios prestados que deriven de los convenios que el fondo ofrezca a los asociados.

Autorizo expresamente 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.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

\_\_\_\_\_  
Firma y C.C.



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO

**SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Vida Grupo  Grupo Deudores  Protección Familiar   
 Grupo Aportes  Grupo Directivos  Plan A  B  C



TOMADOR		C.C./NIT	
DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C.	ESTADO CIVIL
PESO (KG)	ESTATURA (Mts)	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	OCUPACIÓN
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	VALOR ASEGURADO	

**Para Protección Familiar hacer diligencia al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre**

**ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE**

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I. - R.C)	Nº DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

\* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.  
 Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

**Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>                    | 8. CIRUGÍA <input type="checkbox"/>                     |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/>                   | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>                 |
| 3. CANCER <input type="checkbox"/>   | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/>  |
| 4. DIABETES <input type="checkbox"/>                                       | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>      |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>                            | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>    |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>                    | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/>  |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> |

**EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:**


Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

FIRMA ASEGURADO \_\_\_\_\_

Autoriza Ingreso: Si  No

Nombre y firma de quien autoriza \_\_\_\_\_



Huella del índice derecho del asegurado



Calle 11 No. 31A 42 Bogotá D.C. PBX 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288  
www.foncorbeta.com.co  
foncorbeta@colcomercio.com.co

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ actuando en nombre propio, en calidad de titular de la información; de manera libre, expresa, voluntaria e informado, autorizo a Foncorbeta, Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y o Alkosto S.A. o a la persona natural o jurídica a quien este encargue, a recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a realizar cualquier otro tratamiento a los datos personales por mi suministrados, para todos aquellos aspectos inherentes a la presente afiliación y cualquier otro relacionado con los objetivos y fines propios de esta asociación, lo que implica el uso de los datos en actividades de mercadeo, promoción y de ser el caso, cuando la actividad lo requiera, la transferencia de los mismos a un tercero, para el almacenamiento a nivel nacional o en el extranjero, bajo los parámetros de la **ley 1581 de 2.012** y demás normatividad vigente en materia de protección de datos personales. En todo caso, Foncorbeta, Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y o Alkosto S.A. garantiza las condiciones de seguridad, privacidad y demás principios que impliquen el tratamiento de datos personales acorde con la legislación aplicable. Esta autorización se mantendrá por el tiempo de duración del vínculo contractual y por el tiempo de conservación que le sean atribuibles atendiendo a la naturaleza jurídica del cual se deriven.

Hago constar que me fueron informados los siguientes derechos que me asisten como titular:

- a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los responsables del tratamiento o encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la presente ley,
- c) Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que les ha dado a sus datos personales.
- d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado ha incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
- f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.

Por último, fui informado que el responsable del tratamiento de mi información es FONCORBETA con NIT. 830.046.245-7 cuya dirección principal es CL 11 31 A 42 Bogotá D.C. su página web es [www.foncorbeta.com.co](http://www.foncorbeta.com.co) Teléfono (l) 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

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



HUELLA DIGITAL

AVISO DE PRIVACIDAD

FONCORBETA, informa a los titulares de datos personales objeto de tratamiento por parte de esta asociación, que las políticas de tratamiento de la información recolectada pueden ser consultadas a través de los mecanismos que ponemos a su disposición.