



Instructivo de diligenciamiento para el formulario de Vinculación

Hoja No. 1

1. Información del asociado

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 ___ 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 ___ Cúal? _____															
												Estrato	1	2	3	4	5	6	7

Marcar con **X** si es Vinculación, reingreso o actualización y diligenciar ciudad y fecha de diligenciamiento.

El asociado debe diligenciar la totalidad de los campos según su información sociodemográfica.

Hoja No. 1

2. Información financiera del asociado

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

Los campos se deben diligenciar en números. Si un campo no posee información debe ser anulado registrando una línea horizontal o registrar cero (0) en la casilla correspondiente.

Marcar con **X** (SI o No) según corresponda a todas las preguntas realizadas.

Recuerda:

Ingresos mensuales = Valor Salario o pensión mensual.

Egresos mensuales = Valor gastos Ej. Arriendo, servicios, entre otros.

Activos = Valor total de sus bienes.

Pasivos = Valor total de sus deudas.

Hoja No. 1

2.Otros datos

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.									

¿Es usted Residente Fiscal en el Extranjero?

Los asociados de Foncorbeta que tengan esta condición, deben cumplir con un requisito de importancia en cumplimiento con la Ley FATCA-CRS para Personas Naturales.

Nota: Si respondió SI, por favor diligenciar la Autocertificación FATCA/CRS para Persona Natural.

¿Qué significa FATCA? acuerdo de intercambio de información, que obliga a identificar y reportar a los (asociados) estadounidenses (ciudadanía o residencia americana).

¿Qué es CRS? acuerdo que obliga a identificar el país de residencia fiscal de sus asociados y reportar aquellos asociados cuyo país de residencia fiscal sea distinto del país en el que tienen radicadas sus cuentas.

Hoja No. 1

3. Información de beneficiarios del asociado

3. BENEFICIARIOS					
Nombre completo	Tipo doc.	No. Documento de identidad	Parentesco	Teléfono	% Designación

Diligenciar de 1 a 3 beneficiarios en caso de fallecimiento del asociado en donde el porcentaje de designación sume un 100% dividido entre los mismos.

Recuerda:

En caso de haber cambios, es importante y tu obligación actualizar la información mínimo una vez al año así no tenga variación.

Hoja No. 1

4. Información laboral del asociado

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			

Diligenciar todos los campos, marcar con **X** la frecuencia de pago, el descuento se realiza de acuerdo con esta información.

Se toma el salario básico para el ingreso en caso de ser promedio. La frecuencia de pago puede cambiar al igual que el salario de acuerdo con la información enviada por nómina y las políticas del Fondo.

Recuerda:

El salario integral es el pago que incluye el salario que devenga el trabajador más las prestaciones sociales (primas, cesantías e intereses a las cesantías). Se pacta por escrito, donde firman trabajador y empleador.

Hoja No. 1

5 y 6. Referencias del asociado y cuota de Aporte

5. REFERENCIAS							
Conyugue	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% mensual (%)				

En el punto 5. Diligenciar todos los campos, en caso del Conyugue (solo si aplica).

En el punto 6. Diligenciar el porcentaje de ahorro mensual que desea autorizar, no es fijo puede cambiarlo en el transcurso del tiempo enviando la autorización en el formato establecido para ello.

Recuerda:

El valor de la cuota mensual de ahorros se divide en un 10% aporte y un 90% ahorro permanente. No se cobra cuota de afiliación.

Hoja No. 1

7. Autorizaciones y declaraciones

7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

1. Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo a Foncorbeta para que la verifique.
 2. Estoy informado de mi obligación de actualizar por lo menos anualmente la información que solicite Foncorbeta 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 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 realizare el pago a Foncorbeta para cancelar dicho aporte.
 4. 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.
 5. 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.
 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 Foncorbeta 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 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 electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

**Por favor leer
detalladamente,
para otorgar su
autorización y
poder dar ingreso
como asociado.**

Hoja No. 1

9. Firma y huella

9. FIRMA Y HUELLO	8. DOCUMENTOS ANEXOS	Vo. Bo. Por Foncorbeta
<p>En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:</p> <p>_____</p> <p>Firma</p> <p>C.C.</p> <p><input data-bbox="1220 568 1449 729" type="text"/></p> <p>Huella Índice Derecho</p>	<p>Fotocopia del documento de identificación</p> <p>Último comprobante de pago de nomina.</p>	<p>Responsable de verificación de información</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>v.2026 2</p>

En el punto 9 Firmar de puño y letra con la correspondiente huella del índice derecho en constancia de haber leído, entendido y aceptado los términos.

Hoja No. 2

Carta de autorización de descuentos



Calle 11 No. 35A-42 Bogotá D.C. PBX 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288
www.foncorbeta.com
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 ininterumpidamente 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

Leer y diligenciar todos los campos, excepto el segundo párrafo (Por lo anterior...) al final firma y huella.

Hoja No. 3 Declaración de asegurabilidad



FORMATO SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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

DATOS TOMADOR			
TOMADOR		C.C./NIT	
DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO
DATOS ASEGURADO			
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C.	
CORREO ELECTRÓNICO		¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	
OCUPACION	CARGO	FECHA DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL	VALOR ASEGURADO SOLICITADO	TOTAL VALOR ASEGURADO	

El campo "TOTAL VALOR ASEGURADO" aplica únicamente para Vida Grupo Deudores

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES: son facultativas las respuestas a las preguntas que se le realice sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, en consecuencia, no será obligado a responderlas. Con el diligenciamiento y firma de la declaración de asegurabilidad está autorizando expresamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE MDA.

ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con NIT. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de sus datos sensibles, en especial los contenidos en la definición de la normatividad aplicable sobre la materia particularmente, los relativos a la salud. Asimismo, son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes y en consecuencia no ha sido obligado a responderlas.

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)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

**Diligenciar desde el tercer renglón:
Asegurado Principal.**

**No diligenciar valor asegurado.
solicitado ni Total valor asegurado.**

**Relacionar los beneficiarios con su
porcentaje que sumen en total 100%**

Recuerda: No tiene costo, es un beneficio del Fondo que busca proteger al asociado en caso de fallecimiento.

Hoja No. 3

Declaración de asegurabilidad

DATOS RELATIVOS A LA SALUD
 Con plena conciencia que la reticencia 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:

PESO _____	ESTATURA _____		
1. AFECIONES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	8. CIRUGÍA	<input type="checkbox"/>
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/>	9. ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
3. CÁNCER	<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 HEMATOLOGICAS	<input type="checkbox"/>
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO [ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE]	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, 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 Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad tratada en esta autorización. Así mismo autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractiva contactado La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información suministrada en el presente documento con fines y tratamiento descrito a continuación. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad para las siguientes finalidades: a) Trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación precontractiva: ejecución, cumplimiento 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 Médico-actuariales estadísticos, 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 los Centros de Información bases de datos debidamente constituidos referentes al comportamiento estadístico, 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 de cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá darse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado conforme al término de vigencia del tratamiento; 3. Además que los datos podrán ser transferidos o transmitidos, para las finalidades mencionadas a continuación; Las operaciones necesarias para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, calificadoras, investigadores, compañías de asistencia, abogados de firmas, 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 públicas con las cuales La Equidad realiza gestiones para efectos de Coaseguro de Seguro; 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 actualizados; 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 me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia 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 he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me otorgo los derechos previstos en la normativa vigente sobre datos personales. En especial, me otorgo el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que han sido objeto de tratamiento; 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyas datos de contacto se encuentran publicados en la página web: 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 _____



Marcar con **X** en caso de haber presentado alguna de las condiciones relacionadas.

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Firma en asegurado y huella.



Calle 11 No. 31 A 42 Bogotá D.C. PBX 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288
www.foncorbeta.com
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 encargo, a recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a realizar cualquier otro tratamiento a los datos personales por mí 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 2012** 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 derivan.

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 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.

Hoja No. 4

Protección de datos personales

Autorización de acuerdo con los parámetros de la Ley 1581 de 2012 para recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a realizar cualquier otro tratamiento a los datos personales suministrados.

Leer detalladamente y diligenciar todos los campos.



Envío del Formulario

¡Ingresa a nuestro
sitio web!

Luego de Diligenciar los cuatro formatos, adjuntar:

Copia de cédula

Desprendible de pago de Nómina

**Enviar los documentos físicos a la Calle 11 No. 31A 42
Bogotá D.C. para continuar el proceso de afiliación.**



www.foncorbeta.com.co

foncorbeta@colcomercio.com.co

**Calle 11 No. 31A 42
Bogotá - Colombia
PBX: 7468640**

Ext: 6415-6461-6462-6618-6287-6288