



# 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		

**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

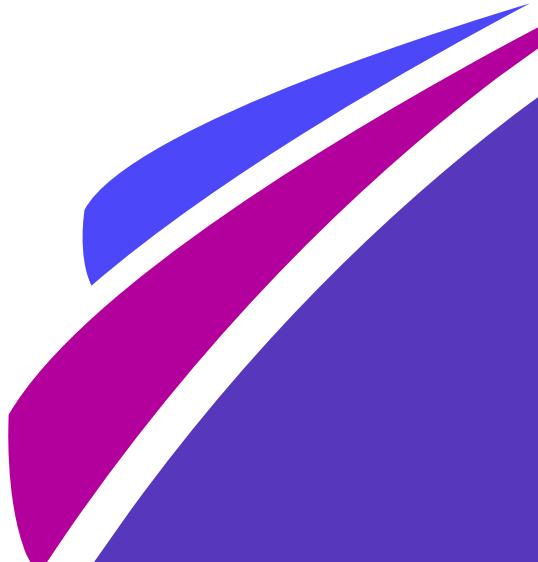
## 3. Información de beneficiarios del asociado

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						
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 (      %)			

**En el punto 5. Diligenciar todos los campos, en caso del Conyuge (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 realizaré 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 HUELLA	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 type="text"/> Huella Índice Derecho</p>	<p>Responsable de verificación de información</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
	<p>Fotocopia del documento de identificación</p> <p>Último comprobante de pago de nomina.</p>	<p>v.2026</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. 31A 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 presente AUTORIZACIÓN 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 descuento 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  
ÍNDICE DERECHO

v2023

**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 <input type="checkbox"/>	Grupo Deudores <input type="checkbox"/>	Protección Familiar <input type="checkbox"/>			
Grupo Aportes <input type="checkbox"/>	Grupo Directivos <input type="checkbox"/>	Plan A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			
DATOS TOMADOR		C.C./NIT			
DIRECCIÓN		CIUDAD _____ TELÉFONO _____			
DATOS ASEGURADO					
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C. _____			
CORREO ELECTRÓNICO		¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?			
OCCUPACION	CARGO	FECHA DE NACIMIENTO			
ESTADO CIVIL	VALOR ASEGURADO SOLICITADO	TOTAL VALOR ASEGURADO			
<small>El campo "TOTAL VALOR ASEGURADO" aplica únicamente para Vida Grupo Deudores</small>					
<small>AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES: son facultativas las respuestas o 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 VIDA.</small>					
<small>ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con N.I. 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.</small>					
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	%

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

**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%**

# Hoja No. 3

## Declaración de asegurabilidad

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 y/o respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor marcar con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

PESO _____	ESTATURA _____
1. AFECIONES CARDIOVASCULARES	
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES	
3. CÁNCER	
4. DIABETES	
5. VIH POSITIVO / SIDA	
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR	
OBSTRUCTIVA CRÓNICA	
8. CIRUGÍA	
9. ALCOHOLISMO	
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	
13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	
14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO [ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE]	

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

[Redacted]

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 a todos los familiares relacionados en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento 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 La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo [en adelante: La Equidad], declaro que he suministrado datos personales para finalidad tratamiento descritas en la presente autorización. Así mismo autorizo y declaro que durante la etapa precontractual y contractual La Equidad puede proceder otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento y/o datos y/o tratamientos adicionales o continuación. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El manejo de vínculos económicos consumo de bienes y servicios; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, ejecución y cumplimiento en general la gestión integral del seguro contratado; Verificación del estado del seguro en cualquier tiempo; c) La contratación y/o preventión de riesgos; d) La liquidación y pago de siniestros; e) La elaboración de estudios técnicos, actuariales y estadísticos; f) Encuestas, verificación, actualización de datos y tendencias del mercado; g) Envío de información actualizada sobre las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información en los Centrales de Información basadas en datos debidamente identificados y/o clasificados de competencia, tenencia, financiera y comercial; i) Cumplimiento de los requisitos para acceso 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 logre formular una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado y conforme término de vigencia del tratamiento; 3. Ademas que los datos podrán ser transferidos a terceros, para las finalidades mencionadas continuación; Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro celebrado con La Equidad, tales como, pero no limitados a: adjudicadores, call centers, investigadores, comités de asistencia, abogados defensores, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan el proceso de elaboración y ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Los entidades judiciales contra cuales La Equidad contrata servicios para efectos de Coaseguro de Seguro; d) A las personas judiciales que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes; la selección de riesgos y control de resultados para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actualizadas; 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá conservar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. Queson facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho me han hecho las siguientes bases de datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia he sido obligado a responderlas. 5. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial si la información suministrada es relativa a la salud y otros datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niños y adolescentes. En consecuencia he sido obligado a responderlas. 8. Que constituye clave la información que asiste los derechos que responde a la normatividad sobre datos personales. En especial me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web www.laequidadseguros.coop. Que con la suscripción del presente documento autorizo el tratamiento de datos personales, portas personales, 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 deseo 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.**

# Hoja No. 4

## Protección de datos personales



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

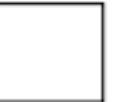
Por último, fui informado que el responsable del tratamiento de mi información es FONCORBETA con NIT. 830.046.245-7 cuya dirección principal es CL 11 31 A 42 Bogotá D.C. su página web es [www.foncorbeta.com](http://www.foncorbeta.com) Teléfono (1) 7468640 Ext. 6415-6461-6462-6618-6287-6288.

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

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

### 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.



HUELLA DIGITAL



# Envío del Formulario

¡Ingrresa 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](http://www.foncorbeta.com.co)

[foncorbeta@colcomercio.com.co](mailto:foncorbeta@colcomercio.com.co)

Calle 11 No. 31A 42  
Bogotá - Colombia

PBX: 7468640

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