



Calle 11 No: 31A - 42. PBX: 3649777-7468640 Ext.6415/ 6461 / 6462 / 6463 / 6618  
 E-mail: foncorbeta@colcomercio.com.co  
 www.foncorbeta.com

AFILIACION  REINGRESO  ACTUALIZACION DATOS

Ciudad	Fecha de diligenciamiento
--------	---------------------------

**1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO**

Nombres y Apellidos										Genero								
										M	F							
Tipo de Documento				Número			Expedida en		Fecha de Expedición									
C.C.	C.E.	T.I.																
Estado Civil				Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda		Zona Ubicación							
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado	Propia	Arrendada	Familiar	Urbano	Rural				
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento							
DD	MM	AA																
E - mail personal										No. Celular		Telefono						
Ocupación, oficio o profesión										Mujer Cabeza de Familia		Estrato						
										SI	NO	1	2	3	4	5	6	7

**2. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO**

Nombre completo	Tipo doc.	No. Documento de identidad	Parentesco	Telefono	% Designación

**3. INFORMACIÓN LABORAL**

Unidad de Negocio				Cargo					
Ubicación física				Municipio / Ciudad		No. Teléfono	Extensión		
Fecha de Ingreso a la compañía		Tipo de contrato	Frecuencia de pago		INGRESOS		Salario Basico	Salario Promedio	Salario Integral
DD	MM	AA	Mensual 13	Mensual 20	Quincenal				

**4. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos mensuales (derivados de su actividad principal)				Egresos mensuales				
Otros ingresos (Especificar)								
Total activos				Total pasivos				
Declarante de renta	SI	NO	Persona expuesta públicamente	SI	NO	Realiza operaciones en moneda extranjera	SI	NO

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS: De manera voluntaria declaro que mis recursos 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. Los recursos que poseo, he consignado o transferido provienen de las siguientes fuentes:

**5. REFERENCIAS**

Personal	Nombres y Apellidos	Dirección	Telefono
Familiar	Nombres y Apellidos	Dirección	Telefono Parentesco

**6. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO MENSUAL Art. 40 del Estatuto      APORTES SOCIALES Entre el 2% al 10% sin ser inferior a \$41.500 mensuales (      %)

1. Me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa no efectúa el anterior descuento me acercare a la oficina de Foncorbeta a cancelar dicho aporte mensual. 2. En caso de retiro por cualquier causa, expresamente autorizo para que de mi liquidación final de salarios, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones, y en general de cualquier acreencia laboral, se me descuenta el valor adeudado a Foncorbeta. Si al darse por terminado el contrato laboral con Colombiana de Comercio y/o Alkosto S.A., Tengo saldo a favor en Foncorbeta o en cesantías y deuda debidamente demostrada con la empresa, autorizo trasladar el saldo hasta por el monto de la obligación. 3. Me adhiero a los estatutos, a los reglamentos de crédito que rigen el fondo, a las decisiones de la Junta Directiva y las de la Asamblea General. 4. Autorizo para que realice las consultas, reportes y controles establecidos en los terminos 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. 5. 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. 6. Autorizo a Foncorbeta para consultar, actualizar y registrar mis datos personales y comerciales ya sea como persona natural, sociedad y/o representante legal y/o asociado y/o codeudor, en cualquier base de datos de centrales de riesgo que Foncorbeta elija. 7. Autorizo cancelar mi afiliación 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.

**7. DOCUMENTOS ANEXOS**

Fotocopia del documento de identificación al 150% y último comprobante de pago de nomina

**8. FIRMA Y HUELLA**

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior. Igualmente me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario por lo menos una vez al año, en constancia firmo:

\_\_\_\_\_  
 Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Huella Índice Derecho

**9. ESPACIO EXCLUSIVO FONCORBETA**

Responsable del diligenciamiento		Responsable de la verificación de la asociación	
Nombre	Cargo	Nombre	Cargo
			Fecha

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Señores

**COLOMBIANA DE COMERCIO, CORBETA Y/O ALKOSTO S.A.**

**Atn.**

**DESARROLLO HUMANO**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía \_\_\_\_\_, autorizo a Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto S.A. con NIT No. 890.900.943-1 descontar mensual o quincenalmente de nómina el Aporte Social y el Ahorro Permanente más las cuotas a Capital e Intereses correspondientes a las Obligaciones presentes y futuras que tenga con el Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto S.A. Foncorbeta NIT 830.046.245-7 y girarlos periódicamente a esa entidad. Adicionalmente en caso de retiro por cualquier causa, expresamente autorizo a Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto, S.A. para que, de mi liquidación final de salarios, prestaciones legales y extralegales, descansos eventuales, indemnizaciones y en general de cualquier acreencia laboral, se descuente el valor adeudado a Foncorbeta. Si al darse por terminado el contrato laboral con Colombiana de Comercio, Corbeta y/o Alkosto S.A., tengo saldo a favor en Foncorbeta o en cesantías y deuda debidamente demostrada con la Empresa, autorizo el cruce de cuentas.

Autorizo descontar de mis beneficios económicos extralegales relacionados en el plan de beneficios de la compañía, tales como: primas, bonificaciones, auxilios o gratificaciones. Los valores o saldos pendientes con Foncorbeta en el caso de poseer embargos, descuentos de libranza y/o otros conceptos que no permitan el descuento por nómina de la cuota mensual.

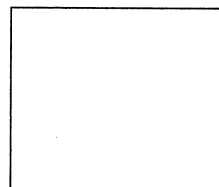
Autorizo a Foncorbeta pagar a nombre mío, las obligaciones que firme de los convenios que el fondo ofrezca a los asociados

Autorizo expresamente a FONCORBETA para que mis datos personales y comerciales como persona natural, sociedad y/o representante legal y/o socio, sean consultados, actualizados y registrados en cualquier base de datos de centrales de riesgo, y/o de información general comercial que exista o pueda existir en el futuro. Igualmente los autorizo para que en caso de mora en el pago de mis obligaciones comerciales o en mi calidad de codeudor, sea reportado a la base de datos que FONCORBETA elija.

Atentamente;

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

c.c. Foncorbeta



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO

**SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Vida Grupo   
Grupo Aportes

Grupo Deudores  
 Grupo Directivos

Protección Familiar  
 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 diligenciar 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. ENFERMEADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>    |
| 6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>                    | 13. ENFERMEADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/>  |
| 7 EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEADES 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 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 adelanta 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.

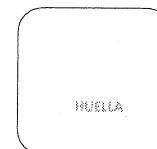
Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

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

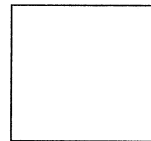
Yo \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ actuando en nombre propio, en calidad de titular de la información; de manera libre, expresa, voluntaria e informado, autorizo a Foncorbeta, Fondo de Empleados de Colombiana de Comercio y/o Alkosto S.A. o a la persona natural o jurídica a quien este encargo, a recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a realizar cualquier otro tratamiento a los datos personales por 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 han 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 ultimo fui informado de que el responsable del tratamiento de mis datos es FONCORBETA con Nit 830.0462.245-7 con dirección principal: Calle 11 No. 31 A -42 Bogotá D.C. <http://www.foncorbeta.com> Teléfono (1) 3649777 Ext. 6415-6461-6462-6463-6618.

Fecha de afiliación \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Nombre del asociado(a) \_\_\_\_\_  
c.c. \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL

AVISO DE PRIVACIDAD

FONCORBETA, FONDO DE EMPLEADOS DE COLOMBIANA DE COMERCIO Y O ALKOSTO S.A. 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 siguientes mecanismos que ponemos a su disposición.

Calle 11 No: 31A - 42. Tels. : 3 64 97 77 Ext.6415/ 6461 / 6462 / 6463 / 6618  
Telefax: 4 05 54 37; E-mail [foncorbeta@colcomercio.com.co](mailto:foncorbeta@colcomercio.com.co)  
**Registro RUNEOL: 830046245-BOG693.** Bogotá D.C. – COLOMBIA  
Registro Cámara de Comercio de Bogota N° S0008229  
[www.foncorbeta.com](http://www.foncorbeta.com)