



FORMATO SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE CLIENTES Y PROVEEDORES

Ciudad:	Fecha:		
Tipo de proveedor:	Persona Jurídica:		Persona Natural:
Nombre o Razón Social:	C.C. / NIT:		
Dirección:	Teléfono:		
Celular:	E-mail:		

Bien o Servicio Suministrado:			
Nombre Representante Legal:			CC.
Comercial y/o Servicio al Cliente:	Teléfono:		E-mail:
Operaciones y/o Despacho:	Teléfono:		E-mail:
Contacto para Quejas y Reclamos:	Teléfono:		E-mail:

REFERENCIAS COMERCIALES

No.	Empresa	Antigüedad como cliente	Contacto para verificar	Teléfono	Responsable de la verificación.	Fecha / Hora
1						/
2						

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 (Protección de datos personales), el Decreto 1377 de 2013 (Reglamenta Ley 1581) y el Decreto 1074 de 2015 (Disposiciones para Protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data), como Representante Legal autorizo de manera irrevocable para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a **ENVIOS LOGISTICOS CARGO SAS – ARRECIFES “EL” SAS** para que Reporte y consulte a la Asociación Bancaria o a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, los negocios que con él realice y toda la información referente a mi comportamiento como cliente de **ENVIOS LOGISTICOS CARGO SAS – ARRECIFES “EL” SAS** y de cualquier otra entidad. Igualmente autorizo a **ENVIOS LOGISTICOS CARGO SAS – ARRECIFES “EL” SAS** para verificar la información consignada en el presente formulario y sus anexos y a verificar las referencias comerciales, financieras y bancarias que he suministrado. **DECLARO QUE MIS FONDOS PROVIENEN DE:**

En cumplimiento de las normas legales para la vinculación como proveedor de **ENVIOS LOGISTICOS CARGO SAS – ARRECIFES “EL” SAS** y la Resolución 2328 de 2025 (SARLAFT), declaro que los fondos y recursos para las operaciones que efectúe con la Compañía provienen del origen anteriormente especificado y que son producto de actividad(es) lícita(s). No admitiré que terceros realicen operaciones a mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (o de otro País) o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. También eximo a **ENVIOS LOGISTICOS CARGO SAS – ARRECIFES “EL” SAS** de toda Responsabilidad que se derive de información errónea, falsa o inexacta que haya proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. Me obligo para con **ENVIOS LOGISTICOS CARGO SAS – ARRECIFES “EL” SAS** a actualizar esta información por lo menos anualmente. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

NO OLVIDAR FIRMA EN ESTA CASILLA / SIN LA FIRMA EL DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ

Persona Expuesta Políticamente - PEP'S

1. ¿Tiene socios o accionistas con participación directa o indirecta, que individual o conjuntamente sea igual o superior al 5%?	SI	NO	
2. ¿Tiene socios o accionistas, administradores, contratantes o gestores que sean personas expuestas políticamente?	SI	NO	
3. ¿Los socios y/o representantes legales o empleados, han gozado de reconocimiento político los últimos dos años?	SI	NO	

¿Realiza usted transacciones en moneda extranjera?

SI NO

¿Tiene usted productos financieros y/o cuentas en moneda extranjera?

SI NO

Identificación del

Monto

Moneda



FORMATO SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE CLIENTES Y PROVEEDORES

producto			
Composición de la sociedad (Accionistas con participación mayor o igual al 5% y beneficiario final de acuerdo con el artículo 631-5 del Estatuto Tributario)			
Por favor adjuntar relación si los campos son insuficientes			
Accionistas con participación mayor o igual al 5%			
No. identificación	Nombre y/o razón social	%participación	
Información Tributaria		SI	NO
Concepto		Información Bancaria	
Responsable impuesto a la venta-IVA		Banco 1	
		Entidad Bancaria: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Responsable impuesto a la venta-IVA		Tipo de Cuenta: <input style="width: 60%;" type="text"/> Ciudad: <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Gran Contribuyente		Número de Cuenta: <input style="width: 60%;" type="text"/> País: <input style="width: 20%;" type="text"/>	
En caso afirmativo N° Resolución		Banco 2	
Retención en la Fuente		Entidad Bancaria: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Autoretenedor		Tipo de Cuenta: <input style="width: 60%;" type="text"/> Ciudad: <input style="width: 20%;" type="text"/>	
En caso afirmativo N° Resolución		Número de Cuenta: <input style="width: 60%;" type="text"/> País: <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Sujeto a Retención		Observaciones: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Obligado a Declarar Renta			
Régimen	D	M	A
Fecha de Radicación del RUT en la DIAN			
Información del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)		SI	No
Requisitos		NA	Observación
Planilla de pago y/o certificado de afiliación a seguridad social de los trabajadores que van a ejecutar la labor (No mayor a 30 días)			
Tasa de riesgo según la labor a realizar			
Certificación de competencias para trabajadores que ejecutan tareas de alto riesgo			
Cumplimiento de normas de seguridad según la labor a realizar (alturas, espacios confinados, eléctricos etc) ver manual de SST			
Permisos de trabajo (tareas especiales)			
Actualización de la información del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) ante su respectiva ARL.			
Verificación y evidencia de la calificación obtenida conforme a los estándares mínimos establecidos en la Resolución 0312 de 2019, evaluada por el Fondo de Riesgos Laborales.			
Inducción SIG		SI	NO
PARA TRAMITE INTERNO			
¿Seleccionado como proveedor?		Aprobado:	
Elaborado:		Cargo:	



FORMATO SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE CLIENTES Y PROVEEDORES

Cargo:		Firma:	
Firma:			
VERIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN			
Documento / Entidad	Aprobado		Observaciones generales
	SI	NO	
Cámara de Comercio			
Cedula representante legal			
RUT - DIAN			
Declaración de renta			
Estados financieros			
2 certificaciones comerciales			
Certificación bancaria			
Afiliación al sistema de seguridad social (cuando aplique)			Verificado por:
Requisitos legales y/o de funcionamiento			
Antecedentes judiciales (Policía Nacional)			Nombre:
Contraloría			Cargo:
Procuraduría			Fecha:
Lista OFAC / Clinton Circulares INTERPOL			Hora:
			Firma: