

									
GESTIÓN DE VINCULACION DE TODOS ASOCIADOS DE NEGOCIO									
FORMATO UNICO DE VINCULACION ASOCIADOS DE NEGOCIO ORGANIZACION EMPRESARIAL ALCIDES AREVALO S.A	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Código</td> <td>F-CO-01</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td>12/08/2025</td> </tr> <tr> <td>Página</td> <td>1 De 3</td> </tr> </table>	Código	F-CO-01	Versión	03	Fecha	12/08/2025	Página	1 De 3
Código	F-CO-01								
Versión	03								
Fecha	12/08/2025								
Página	1 De 3								

En cumplimiento de la Circular Externa 100-00016 de diciembre del 2020, Con modificaciones parcialmente por la 100-00004 del 09 de abril de 2021y la 100-000015 Circular Externa del 24 de septiembre de 2021. Ley 2195 de 2022 Artículo 12. dispuesto por la Superintendencia de Sociedades y demás sistemas de prevención del riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo (SAGRILAF), solicitamos diligenciar completamente este formulario y anexar la documentación solicitada.

Fecha diligenciamiento

D	M	A
---	---	---

Tipo de trámite Vinculación ☐ Actualización ☐

Indique con una X la modalidad en que se inscribe:			
Cliente	X	Proveedor de Mercancía	X

Indique con una X su actividad según la siguiente clasificación:			
Importador	X	Otros	X
Provisiones y Suministros	X		X
Cliente Nacional	X		X

IDENTIFICACIÓN											
Tipo de persona:				Persona natural				Persona jurídica			
Razón Social / Nombre Completo											
Objeto social o actividad económica:											
Capital Autorizado \$:											
Documento de identificación N°:				C.C.				C.E.			
Certificado de BASC?		SI		NO		Certificado ISO?		SI		NO	
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? ¿Cuenta usted con algún relacionamiento en segundo grado de afinidad y/o consanguinidad con un PEP?				SI		En caso de que su respuesta haya sido positiva, indique el nombre completo e identificación del PEP				Nombre:	
				NO						C.C	

Dirección Oficina Principal		País		Ciudad		Teléfono/ celular	
Código Postal		Correo electrónico			Página Web		

INFORMACIÓN DE LA SOCIEDAD			
REPRESENTACIÓN LEGAL			
Representante(s) Legal (es)		Identificación	
SOCIOS O ACCIONISTAS (En caso de tratarse de personas jurídicas, por favor relacionar los socios o accionistas de la compañía que igualem o superen el 5% de la composición accionaria. Así mismo, favor identificar si alguna de estas personas es considerada una Persona Expuesta Políticamente "PEP")			
Nombres y apellidos		Identificación	

DATOS DE LAS PERSONAS QUE ESTABLECERAN CONTACTO			
Nombres completos		Identificación	
Correo electrónico / teléfonos			

GESTIÓN DE VINCULACION DE TODOS ASOCIADOS DE NEGOCIO		
FORMATO UNICO DE VINCULACION ASOCIADOS DE NEGOCIO ORGANIZACION EMPRESARIAL ALCIDES AREVALO S.A	Código	F-CO-01
	Versión	02
	Fecha	12/08/2025
	Página	2 De 3

REFERENCIAS BANCARIAS				
Banco	No. Cuenta	Tipo	Sucursal	Teléfono

REFERENCIAS COMERCIALES		
Nombre o Razón Social	Contacto	Teléfonos / Celulares

DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS FONDOS Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO
Yo declaro, que nuestra empresa y sus empleados conocen bien las normas referentes a la Prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, que ponemos el mayor empeño en evitar que nuestra empresa se convierta en instrumento de violación de las normas a este régimen. Que no he pertenecido ni pertenezco a ningún tipo de grupos ilegales al margen de la Ley, no les he auxiliado o colaborado en el desarrollo de sus actividades ilícitas, como tampoco he realizado actividades de lavado de activos en Colombia o fuera de ella, que los bienes que conforman mi patrimonio han sido adquiridos por vías legales en desarrollo de mi profesión o actividad económica principal: _____ De la misma manera, declaro que no tengo vínculos de parentesco con personas que estén o hayan estado en listas públicas como sospechosos de Lavado de Activos/Financiación de terrorismo o las empresas de las cuales soy accionista, o que desarrollen o hayan desarrollado, apoyado o financiado cualquiera de las actividades descritas en el párrafo precedente.
AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
En conformidad con los dispuesto en la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, expresa e inequívocamente a Grupo Empresarial Alcides Arevalo, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la gestión del Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo Integral de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SAGRILAF y las normar legales que les aplique así como también los sistemas de calidad relacionados a la prevención del riesgo de LAFT

Nombre del Representante Legal:	Firma del Representante Legal:
---	--

GESTIÓN DE VINCULACION DE TODOS ASOCIADOS DE NEGOCIO		
FORMATO UNICO DE VINCULACION ASOCIADOS DE NEGOCIO ORGANIZACION EMPRESARIAL ALCIDES AREVALO S.A	Código	F-CO-01
	Versión	02
	Fecha	12/08/2025
	Página	3 De 3

Por favor adjunte los siguientes documentos

Asociados de Negocio Nacionales

Registro Único Tributario (RUT). Menor a 30 dias ☐

Certificado de Cámara y Comercio menor a 30 días. ☐

Copia del Documento de Identidad Representante Legal. ☐

Certificación Bancaria. Menor a 30 dias ☐

Referencias Comerciales. ☐

Declaracion de Renta ultimo año Persona Natural ☐

Estados Financieros. Ultimo año Persona Juridica ☐

Composición Accionaria. Menor a 30 dias ☐

Copia de Certificados (BASC, ISO, OEA, CT-PAT) otras. ☐

Asociados de Negocio Internacionales

Documentos de constitución o registro de la empresa, emitido por la autoridad competente. ☐

Fotocopia del Documento de identificación. ☐

Certificación Bancaria. ☐

Este formato deberá ser entregado junto a la documentación requerida anteriormente, es importante que la documentación enviada este actualizada y sea legible, sin enmendaduras o con diferentes tipos de letra si la información fuera consignada a mano alzada.

Si presenta dificulta en el diligenciamiento de este formato; por favor comunicarse con el funcionario que lo remitió para que lo instruya en su diligenciamiento.

VERIFICACION DE LA INFORMACION			VISTO BUENO POR PARTE DEL GERENTE	
Fecha y día:			Nombre:	
Yo, _____, en desarrollo de mi labor como empleado de Grupo Empresarial Alcides Arevalo. expresamente me hago responsable por haber verificado al proveedor, aplicando los controles que me permiten responder a las autoridades competentes y a la administración, por el conocimiento de la persona Natural o Jurídica a vincular o vinculada. Por lo tanto me permito entregar la presente solicitud de vinculación para su estudio y análisis.				
Firma:				
Resultado	Aprobado	☐	Rechazado	☐
Fecha:			Hora:	