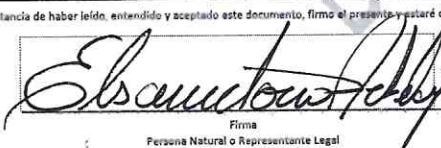


FORMA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR										Código		FC-R-FO-001					
MACROPROCESO FINANCIERA										Fecha		27-Sep-2022					
GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR										Versión		14					
Nota 1: El formulario se debe diligenciar en su totalidad, sin reducciones. Nota 2: El mismo puede ser diligenciado por Proveedor y Farmacias Cruz Verde o a través de la radiación de DTE en el correo electrónico: atencioncliente@cruzverde.com.co																	
INFORMACIÓN GENERAL																	
Fecha de diligenciamiento*		19/02/2024		Tipo de relación comercial*		Proveedor nacional		Tipo de trámite*		Actualización anual solicitada por Cruz Verde							
Ejerce la actividad inmobiliaria o de arrendamiento de bienes propios o de terceros, como actividad mercantil*						No		Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (5) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles*						No			
Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (10) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles en el mismo municipio*						No		Teniendo en cuenta lo anterior, es contribuyente del impuesto de Industria y comercio*						No			
DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE																	
Nombre o Razón Social*				sulphar de Colombia S.A.S				Tipo de identificación*				NIT					
sin dígito de verificación*				880019574				Dirección sede principal*				Avenida Calle AC					
No.				No. 1810				Ciudad*				Bogotá D.C.					
País*				Colombia				Actividad económica*				4645					
Prefijo país*				Teléfono*				Calular / Fax*				Correo electrónico para reporte de pagos*					
57				3164544				3124794781				alberto.betancourt@sulphar.com					
Tipo de Contrato				comercial				Actúa como mandatario*				SI NO X					
Nombre o Razón Social del Mandante				sulphar				Tipo de identificación*				Sin dígito de verificación*					
								No. Ingrese el número de identificación									
Nombre o Razón Social del Mandante								Tipo de identificación*				Sin dígito de verificación*					
								No. Ingrese el número de identificación									
Nombre o Razón Social del Mandante								Tipo de identificación*				Sin dígito de verificación*					
								No. Ingrese el número de identificación									
Nombre o Razón Social del Mandante								Tipo de identificación*				Sin dígito de verificación*					
								No. Ingrese el número de identificación									
FAVOR TENER PRESENTE: - Si posee Mandante(s) debe(n) diligenciar este mismo formato y entregar los documentos requeridos. - En caso que el contrato de arrendamiento no sea directamente con el propietario, si no a través de una inmobiliaria, el propietario del inmueble debe diligenciar este mismo formato.																	
Ciudad (donde se presta el servicio o se realiza la compra)* Bogotá Código CIU de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde* 46451 Detalle de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde* Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales																	
Para ejercer su labor necesita ingresar a las instalaciones de Cruz Verde? SI su respuesta es positiva, adjunte la documentación descrita en el "GH-RL-AN-40 Anexo Matriz de Requisitos de Selección de Proveedores y Contratistas para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)". SI ☐ No ☒																	
Si usted es persona natural, por favor conteste las siguientes preguntas: ¿Es usted una Persona Exposta Política (PEP)? SI ☐ No ☒ ¿Cuál? ¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP? SI ☐ No ☒ ¿Cuál? Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP Primer apellido* Segundo apellido* Nombres* Tipo de identificación* Ingrese primer apellido Ingrese segundo apellido Ingrese nombres Selecciona una de las opciones No. Ingrese número de identificación																	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL																	
Primer apellido*				Segundo apellido*				Nombres*									
Artistas				Muñoz				Elsa Victoria									
Tipo de identificación*				Cédula de Ciudadanía				Fecha de expedición*				Lugar de expedición*					
No. 51849976				Femenina				2/03/1967				Bogotá					
Lugar de nacimiento*				Nacionalidad*													
Armenia Quindío				Colombiana													
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ No ☒ ¿Cuál? ¿Es usted una Persona Exposta Política (PEP)? SI ☐ No ☒ ¿Cuál? ¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP? SI ☐ No ☒ ¿Cuál? Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP Primer apellido* Segundo apellido* Nombres* Tipo de identificación* Ingrese primer apellido Ingrese segundo apellido Ingrese nombres Selecciona una de las opciones No. Ingrese número de identificación																	
*Personas expuestas políticamente (PEP). A manera de ejemplo, se pueden considerar como PEP aquellas personas que ocupen o ocuparon cargos públicos importantes, así como las personas con reconocimiento público, por ejemplo: presidente de la república, jefe de estado, jefe de gobierno, gobernador de la república, miembros de las altas cortes, procuradores, alcaldes, diputados de las asambleas departamentales, concejales, ediles, directores de departamentos administrativos, directores de las diferentes secretarías a nivel departamental, distrital y municipal, directores de entidades descentralizadas, miembros activos de las fuerzas militares y de policía en grado de oficial desde el grado de coronel e inclusive en otros rangos superiores de las diferentes entidades del orden nacional, departamental y municipal, miembros oficiales o pasados políticos, personas con afiliación en las áreas limitadas de acceso de datos, los representantes significativos de las diferentes manifestaciones culturales como la música, la danza, la escultura, la escritura, etc.; con afiliación en la familia de artistas, modelos, reinos de belleza, presentadores de televisión, directores, escritores, etc.; con afiliación en el deporte, los cineastas, los representantes de organizaciones religiosas y los demás inscritos en el Decreto 870 del 2021 en el artículo 2.1.4.3. Lo describe ampliamente en su artículo.																	
SELECCIÓN DE OPCIÓN DE PEP POR RELACIÓN, POR FAVOR INDICAR QUIÉN ES LA PEP																	
No.		Tipo de ID		Número de ID		Nombre Completo		¿Es usted una PEP?		¿Cuál?		Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP		Administra recursos públicos		Ejerce algún grado poder público	
1		Cédula de Ciudadanía		80418640		Luis Alejandro Suarez Ruiz		No		No		SI seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP					
2		Cédula de Ciudadanía		80418639		Jaime Eduardo Suarez Ruiz		No		No							
3		Cédula de Ciudadanía		11200891		Henry Fernando Suarez Ruiz		No		No							
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10		</															

FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CUENTE Y/O PROVEEDOR				Código	FC-FI-PO-01
MACROPROCESO FINANCIERA				Fecha	27-Sep-2022
GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR				Versión	14
Declaro expresamente que: a. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle actividad o negocio) Actividad Principal comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales b. Tanto mi actividad o negocio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. c. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla anualmente. d. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación comercial no provienen ni se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o de lavado de activos. e. Aplicaremos y cumpliremos todos los preceptos establecidos en Colombia en materia de anticorrupción (Ley 1474 de 2011) y en ese sentido declaramos, que los directivos, funcionarios, y/o la sociedad por mí representada, adoptaremos todas medidas tendientes a evitar actos o conductas de corrupción y en especial de corrupción privada. f. Conozcamos que Cruz Verde está sujeta a las disposiciones en materia de soborno transnacional (Ley 1778 de 2016) y que cuenta con lineamientos y políticas de ética y conducta en sus relaciones con terceros, a los cuales nos adherimos cumpliendo los estándares de conducta requeridos para el efecto. g. Autorizamos a Cruz Verde para que en cualquier momento, ya sea de manera directa o a través de contratistas, adelante procesos de debida diligencia y auditoría (entre otros, la revisión de libros contables, registros, correspondencia, documentos legales, etc.), para verificar acciones de prevención de anticorrupción y soborno transnacional. h. Conozcamos y daremos cumplimiento al sistema/programa de Ética y transparencia empresarial con que cuenta la compañía.					
¿Cuenta con medidas enfocadas al control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LAJTF/FPADM dentro de su organización?				SI ☐	No ☒
*Si su respuesta es positiva, adjunte la certificación del cumplimiento de SAGRILAF.					
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES					
Al firmar autorizo de manera libre, previa, expresa e inequívoca a DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S.A.S., en adelante CRUZ VERDE, el tratamiento de mis datos personales, los de la persona jurídica por mí representada y los datos de los colaboradores, representantes legales y miembros de la junta directiva de la sociedad (Ley 1581 de 2012 y Ley 1266 de 2018 y demás normas que las complementen, modifiquen o reemplacen) que, en el marco de la relación comercial con CRUZ VERDE, se requieran para la debida ejecución y asuntos relacionados con la misma. El tratamiento de los datos personales, tendrá las siguientes finalidades: Creación y/o actualización de proveedores y clientes, reporte de obligaciones tributarias, legales, y administrativas, formalización, desarrollo y ejecución de contratos, registro y control de compras y ventas, comunicaciones físicas y electrónicas derivadas de la relación comercial, a través de comunicación telefónica, correo electrónico, correspondencia física, SMS o cualquier otro medio que permita dar pronta respuesta a cualquier trámite, pago, administración y gestión de cuentas y facturación. Autorizo igualmente a que mis datos sean Transferidos y/o Transmítidos a las demás empresas relacionadas con Cruz Verde, así como también a terceros contratistas que presten servicios a Cruz Verde, y que deban realizar el Tratamiento de datos personales. La mencionada Transferencia y/o Transmisión de datos personales podrá realizarse incluso a empresas que se encuentren fuera del territorio nacional en donde las normas de protección de datos no tengan un nivel de protección de datos equivalentes a las normas Colombianas. Igualmente, la Transferencia y/o Transmisión de datos personales podrá realizarse a empresas que se encuentren dentro de Colombia. Para lo anterior el presente documento obra como autorización expresa. Entiendo que en el evento de Transferencia y/o Transmisión, mis Datos Personales serán tratados bajo estrictas medidas de confidencialidad y seguridad. La información personal que suministra, circula internamente de manera restringida, y no se comparte con terceros, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para evitar su pérdida, adulteración, uso fraudulento, no adecuado, o no autorizado. La supresión de la información, procede cuando no presista la finalidad para la cual se solicitaron los datos, y como disposición final de la información, se conservará para efectos de auditoría. Usted tiene derecho a conocer, actualizar o corregir sus datos personales, así mismo, podrá solicitar la supresión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento. En caso de un reclamo o consulta puede realizarla a través del correo electrónico: habeedata@cruzverde.com.co. Para conocer la Política de Tratamiento de datos Personales podrá consultarla en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ítem Políticas de la sección de Servicio al Cliente. Si requiere radicar una PQR podrá realizarla a través de la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ítem Buzón de Sugerencias y reclamos - buzón digital de la sección de Servicio al Cliente. En ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, AUTORIZO, de manera expresa, voluntaria e informada a CRUZ VERDE de tratar, procesar, verificar, transmitir, poner en circulación, consultar, divulgar, reportar y solicitar toda la información que se refiere a nuestro comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios de los cuales somos sus titulares, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen) a nuestro comportamiento e historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago y aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, para que dicha información sea concernida y reportada a las centrales de Riesgo. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo, con la firma del presente documento declaro que conozco los Principios Guía de Proveedores y el Programa de Ética y Transparencia Empresarial (PETE), incluidos sus estándares de auditoría de Droguerías y Farmacias Cruz Verde S.A.S., las políticas Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo Integral de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - SAGRILAF/FPADM y de Habeeas Data frente a los cuales nos adherimos y garantizamos su cumplimiento durante la vigencia de los vínculos jurídicos que emanen de cualquier relación comercial, contractual o de cualquier otra índole con Droguerías y Farmacias Cruz Verde S.A.S. Estos documentos pueden ser consultados en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ítem Políticas de la sección de Servicio al Cliente. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado este documento, firmo el presente y estaré dispuesto a la verificación del mismo. Igualmente declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.					
 Firma Persona Natural o Representante Legal				Elsa Victoria Arbeláez Muñoz Nombre completo Persona Natural o Representante Legal	
Declaro que en mi condición de ☒ representante legal ☐ principal o ☐ suplente, cuento con las facultades legales y estatutarias para realizar la presente inscripción/declaraciones en nombre de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o suplente).					
DOCUMENTOS REQUERIDOS					
Documento requerido	Tipo de tercero (Aplica para proveedores)				
	Persona natural	Persona jurídica			
Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por cámara y comercio (no mayor a 60 días, con código de verificación y donde se evidencie la última fecha de renovación de matrícula mercantil).	N/A	X			
Para Fondos de inversión: A cambio del certificado de existencia y representación legal, incluir el documento equivalente emitido por la entidad competente que acredite su existencia y personería jurídica, es decir, el acta de constitución.	N/A	X			
Adjuntar el Certificado de Composición Accionaria y/o Junta Directiva (actualizado no mayor a 90 días). Si dentro de la Composición Accionaria tienen beneficiarios finales que sobrepasen el 5% del capital social, por favor enviar información de las mismas - composición accionaria con nombres completos, número y tipo de identificación -.	N/A	X			
Entiéndase como Beneficiario final, las personas naturales que son los verdaderos dueños, controlantes o quienes se benefician económicamente de un vehículo jurídico, como una sociedad mercantil, un fideicomiso, una fundación.					
Certificado de cuenta bancaria, la cual puede ser descargada del portal virtual de la entidad financiera. No aplica para Mandante(s).	X	X			
Para el caso de proveedor con cuenta bancaria en el exterior, la certificación debe contener como mínimo: Número de la cuenta bancaria, tipo de cuenta, nombre del banco, dirección del banco, ciudad, país, código swift o ABA, nombre del proveedor y dirección de residencia del proveedor.	X	X			
Documento de Identidad del Representante Legal (debe corresponder a quien firma el formulario).	X	X			
Registro Único Tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año corriente).	si aplica	si aplica			
Registro de Información Tributaria - RIT (si aplica).	X	X			
Certificado de afiliación a ARL (Incluir no mayor a 3 meses).	X	X			
Certificado de cumplimiento del SG-55T emitido por la ARL (Incluir del año en curso)	si aplica	si aplica			
Anexo GH-RL-AN-40 Matriz de Requisitos de Selección de Proveedores y Contratistas para el SG-55T (Aplica si el proveedor requiere ingresar a las instalaciones de Cruz Verde para ejercer su labor).	si aplica	si aplica			
Creación de clientes que sean Entes Territoriales: solo se solicitará Registro Único Tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año corriente). El área solicitante deberá diligenciar las secciones "Información general" y "Datos del proveedor/Cliente" del presente documento, y debe ser firmado por el respectivo Subgerente.					
Esta información es cierta, puede ser utilizada para el proceso de actualización y es verificable en cualquier momento y me/nos comprometo/me/amos a actualizarla o confirmarla, a solicitud de Droguerías y Farmacias Cruz Verde S.A.S. La información no diligenciada permanece vigente, en consecuencia, diligenciar(emos) la información que ha cambiado en el último año.					
Información de la entrevista					
(Incluir para ser diligenciado por Cruz Verde)					
Gerencia que tramita la solicitud*	Nombre del solicitante*	Cargo del solicitante*	Ext.*	Nombre Gerente*	Vo. Bo. Gerente
Ingreso nombre de la Gerencia	Ingreso nombre del solicitante	Ingreso cargo del solicitante		Ingreso nombre del gerente	
Dirección entrevista*		*Proveedor Mercadería		Resultado*	Fecha*
Ingreso dirección de entrevista		*Proveedor Gastos		Resultado*	Fecha*
¿Durante la realización de la entrevista encontró algo inusual o sospechoso?*	En caso afirmativo, descríbelo*				
¿Conoce personalmente al cliente o proveedor?*	¿Hace cuánto tiempo y cómo lo conoció?*				
* Campos de obligatorio diligenciamiento					
Autorización de creación del proveedor con excepciones					
(Incluir para ser diligenciado y firmado por el gerente o subgerente del área solicitante)					
Área solicitante: Cuáles son las excepciones solicitadas: Observaciones:					

BORRADOR