

FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR										Código	FC-FI-FO-01	
MACROPROCESO FINANCIERA										Fecha	27-Sep-2022	
GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR										Versión	14	
Nota 1: Si el formulario no es diligenciado en su totalidad, será rechazado.												
Nota 2: El único buzón autorizado por Droguerías y Farmacias Cruz Verde S.A.S para la radicación de DTE es dte_8001496951@dte.paperless.com.co												
INFORMACIÓN GENERAL												
Fecha de diligenciamiento*		5/03/2024		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*				Si		
DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE												
Nombre o Razón Social*												
PHARMEUROPEA DE COLOMBIA												
Tipo de identificación*		sin dígito de verificación*		Dirección sede principal*		Domicilio legal*						
NIT		No.		830088135		Carrera KR		88		A		
País*		Departamento*		Ciudad*		Actividad económica*						
COLOMBIA		CUNDINAMARCA		BOGOTA		4773						
Prefijo país*		Teléfono*		Celular / Fax*		Correo electrónico para reporte de pagos*						
Ingreso prefijo del		2230562		3123793570		contabilidad@pharmeuropa.com.co						
Tipo de Contrato		Escribalo aquí		Actúa como mandatario*		SI		NO		Es mandatario con representación*		
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		
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)*				Detalle de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde*								
BOGOTA				Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.								
Ingreso Ciudad				#N/A								
Ingreso Ciudad				#N/A								
Para ejercer su labor ¿necesita ingresar a las instalaciones de Cruz Verde?										SI* ☒ No ☐		
*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 (GS-SS7)".												
Si usted es persona natural, por favor conteste las siguientes preguntas:												
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (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*						
Ingreso primer apellido		Ingreso segundo apellido		Ingrese nombres		Selecciones una de las opciones		No.		Ingrese número de identificación		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL												
Primer apellido*		Segundo apellido*		Nombres*								
RIVERA		MONROY		EDGAR ALEXANDER								
Tipo de identificación*		Género		Fecha nacimiento		Fecha de expedición*		Lugar de expedición*				
Cédula de Ciudadanía		No.		79844999		Masculino		22/07/1977		18/09/1995		
Lugar de nacimiento*		Nacionalidad*										
LA MESA - CUNDINAMARCA		COLOMBIANO										
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?				Si		No		X		¿Cuál?		
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?*				Si		No		X		¿Cuál?		
¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?				Si		No		X		¿Cuál?		
Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP												
Primer apellido*		Segundo apellido*		Nombres*		Tipo de identificación*						
Ingreso primer apellido		Ingreso segundo apellido		Ingrese nombres		Selecciones una de las opciones		No.		Ingrese número de identificación		
*Persona expuesta políticamente (PEP). A manera de ejemplo, se pueden catalogar como PEP aquellas personas que ocupen u ocuparon cargos públicos importantes, así como las personas con reconocimiento público, por ejemplo: presidente de la república, jefes de estado, jefes de gobierno, vicepresidente de la república, ministros, senadores, representantes de la cámara, magistrados de las altas cortes, gobernadores, 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 adelante y sus cargos homólogos en otras fuerzas, tesoreros de las diferentes entidades del estado de orden nacional, departamental y municipal, miembros afiliados a partidos políticos, personas con ejercicio en las artes (incluidos dentro de éstas, los representantes significativos de las diferentes manifestaciones culturales como la actuación, la pintura, la escultura, la escritura, etc.), con ejercicio en la farándula (actores, modelos, reinas de belleza, presentadores de televisión, diseñadores, estilistas, etc.), con ejercicio en el deporte, las ciencias, y los representantes de organizaciones religiosas y los demás inscritos en el Decreto 830 del 2021 en el artículo 2.1.4.2.3. Lo descrito anteriormente no es taxativo.												
Identificación de los miembros de la junta Directiva o quien hace sus veces de acuerdo a la Cámara de Comercio												
No.	Tipo de ID	Número de ID	Nombre Completo	¿Es usted una PEP?	¿Cuál?*	¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y 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	Pasaporte	672952498	DANIELLE BENZAKEN	No		No						
2	Pasaporte	573837736	EILEEN BENZAKEN	No		No						
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
* 1. PEP Nacional 2. PEP Extranjero 3. PEP Organización Internacional 4. PEP por Relación												
Nombre contacto comercial*				Correo electrónico (para envío de órdenes de compra y otros)*				Teléfono*				
TATIANA CANON				servicioalcliente@pharmeuropa.com.co				3138590547				
Nombre contacto cartera y/o tesorería*				Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)*				Teléfono*				
WILLIAM CHAPARRO				williamchaparro@pharmeuropa.com.co				2230562				
Término de pago (Sólo aplica para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)*				(Sólo para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)								
60 días				Entrega mercancía Bodega Principal								
				Si		X		No				
REFERENCIA ENTIDADES FINANCIERAS												
(para proveedores por favor relacionar la cuenta que se autoriza para pagos por transferencia electrónica)												
Entidad financiera*		Cuenta bancaria No.*		Tipo de cuenta bancaria*		Ciudad*						
BANCOLOMBIA		024197345		Corriente		BOGOTA						
UNICAMENTE PARA PROVEEDORES												
Naturaleza del proveedor*		Persona jurídica		Auto retenedor		Resolución No.		Fecha Res:		dd mm aaaa		
Sujeto a retención en la fuente		Si		% de retención a aplicar		2.5%		Tipo de Contribuyente		Régimen Común		
Sujeto a retención de IVA		No		% de retención a aplicar		4.14%		Declarante de renta		Régimen ordinario		
Sujeto a retención de ICA		Si		% de retención a aplicar		4.14%		Código CIU		4773		
FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR										Código	FC-FI-FO-01	
MACROPROCESO FINANCIERA										Fecha	27-Sep-2022	

**Si su respuesta es positiva, adjunte la certificación del cumplimiento de SAGRILIFT.*

Autorización de creación del proveedor con excepciones
(Exclusivo para ser diligenciado y firmado por el Gerente o Subgerente del área solicitante)

Área solicitante:		
Cuáles son las excepciones existentes:		
Observaciones:		
		Firma del Gerente o Subgerente del área