FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR MACROPROCESO FINANCIERA MIT. 800.148.695-1 Rota 1: Si el formulario no es diligenciado en su totalidad, será rechazado.									Código Fecha Versión	FC-FI-FO-01 27-Sep-2022 14				
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 INFORMACION GENERAL														
Ejerce			5/03/2 arrendami	ento de bienes propios o			Proveedor nacion	Р		ivel de pr	Tipo de trámite* Actu opietario o subarrenda	dor, mas de cinco (5)	No No	de
mercantil* Contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles* 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 impueste industria y comercio*								e Si						
	ore o Razón Soc		municipio			DATOS DE	L PROVEEDOR /	CLIEN	TE	y conterci	0			
	MEUROPEA DE de identificación			sin dígito de verificaci	ón*	Dirección sec	le principal*					Domicilio legal*		
NIT País*			No.	830088135 Departamento*		Carrera KR	88 Ciudad'	А			No. 64D 32 Activida	COLOMBIA ad económica*		
COLO		Teléfono*		CUNDINAMARCA Cel	ular / Fax*		BOGOT	A		Correo e	4773 lectrónico para reporte	e de pagos*		
Ingres	Preffig pais* Teléfono* Cellular / Fax* Correo electrónico para reporte de pagos* Ingrese prefijo del 7 jos de Contrato 2303562 3123793570 contabilidad @pharmeuropea.com.co Tipo de Contrato Escribalo aquí Actúa como mandatario* [SI NO Es mandatario con representación* SI NO Es mandatario con representación* [SI NO X Contrato C													
	ore o Razón Soc	cial del Mandan	te		Tipo de ider		nes		10.		Sin dígito de verificació	on*	1.15	
Nomb	Nombre o Razón Social del Mandante Tipo de identificación* Seleccione una de las opciones No. Ingrese el número de identificación													
Nomb	re o Razón Soc	ial del Mandan	te		Tipo de ider Seleccione u	ntificación* Ina de las opcio	nes				Sin dígito de verificació No. Ingrese el número			
Nomb	Nombre o Razón Social del Mandante Tipo de identificación* Sin digito de verificación* Cédula de Ciudadanía No. Ingrese el número de identificación													
FAVOR TENER PRESENTE: - SI posee Mandante(s) debe(n) diligenciar este mismo formato y entregar los documentos requeridos.														
_	aso que el contra d (donde se pre			a directamente con el propie a Código CIIU de la activ			prooto							
la con	npra)*			a Droguerías Cruz Ver			Detaile				rvicio que se presta a l os de maquinaria y equip		*	
Ingres	e Ciudad						#N/A #N/A		-,-	,				
Para ejercer su labor ¿necesita ingresar a las instalaciones de Cruz Verde? Si* X 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 (SG-SST)".														
¿Es u	sted una Perso	na Expuesta Po	olíticamente				Si Si	No No		¿Cuál?				
Si sel	eccionó la opci		relación, po	ción entre usted y una PE r favor indique quién es la ndo apellido*			51	NO		¿Cuál?	dentificación*			
	er apellido* e primer apellido)		e segundo apellido	Ingrese n	ombres					es una de las opciones	No. Ingres	e número de io	dentificación
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL Primer apellido* Segundo apellido* Nombres*														
	de identificaciór					enero	Fecha nacimien	to	Fecha	R ALEXAN de expedi	ción* Lugar de e	expedición*		
Lugar	a de Ciudadanía de nacimiento		No.	79844999	Ma	asculino	22/07/1977 Nacionalidad*		18/09/1	995	BOGOTA			
¿Por	SA -CUNDINAN su cargo o activ	/idad maneja re					COLOMBIANO Si	No	Х	¿Cuál?				
¿Exis		familiar, civil	o de asocia	ción entre usted y una PE			Si Si	No No	X	¿Cuál?				
Prime	r apellido*		Segun	or favor indique quién es l ndo apellido*	Nombres						dentificación*			
*Person	e primer apellido na expuesta políticar	nente (PEP). A mar	nera de ejempl	e segundo apellido o, se pueden catalogar como PEF os, representantes de la cámara,	Ingrese n	que ocupen u oci	paron cargos públicos	importar	ites, así co	mo las perso	es una de las opciones nas con reconocimiento públi	co, por ejemplo: presidente d	e número de id e la república, jefe	s de estado, jefes de
diferent de las d	les secretarías a niv diferentes entidades	el departamental, d del estado de orde	listrital y munic n nacional, dej	ipal, directores de entidades desc partamental y municipal, miembro	centralizadas, mien os afiliados a partid	nbros activos de la os políticos, perso	s fuerzas militares y d nas con ejercicio en la	e policía e s artes (in	en grado d Icluidos de	e oficial deso ntro de éstas	e el grado de coronel e inclus , los representantes significa:	ive en adelante y sus cargos ivos de las diferentes manife	homólogos en otr staciones culturale	as fuerzas, tesoreros as como la actuación,
Decreto	ra, la escultura, la e o 830 del 2021 en el	scritura, etc.), con e artículo 2.1.4.2.3. L	ejercicio en la 1 .o descrito ante	larándula (actores, modelos, reina priormente no es taxativo. Identificación de los							eporte, las ciencias, y los rep a Cámara de Comercio	resentantes de organizacion	es religiosas y los	demas inscritos en el
							¿Existe algún vínculo				opción 4. PEP por rela quién es la PEP	ción, por favor indiqu		Firms alada
No.	Tipo de II) Núme	ero de ID	Nombre Completo	¿Es usted una PEP?	¿Cuál?*	familiar, civil o de asociación	¿Cuál?	,	ID	Nóm en de ID	Nombre Completo	Administra recursos públicos	Ejerce algún grado poder público
							entre usted y una PEP?			po de ID	Número de ID	Nombre Completo	publicos	poder publico
2	Pasaporte Pasaporte	6729524 5738377		DANIELLE BENZAKEN EILEEN BENZAKEN	No No		No No							
4														
5 6														
7 8														
9 10														
11														
\perp			o 3. PEP	Organización Internacional	4. PEP por R	elación	Correo electrón	ico (na	ra envío	de órdene	se de compra y otros)*	Teléfono*		•
Nombre contacto comercial* Correo electrónico (para envio de órdenes de compra y otros)* Teléfono* TATIANA CANON Servicioalciliente @pharmeuropea.com.co 313550547 Nombre contacto cartera y/o tesorería* Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)* Teléfono*														
WILLIAM CHAPARRO williamchaparro@pharmeuropea.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) Entrega mercancía Bodega Principal Si X No														
oo dia	<u> </u>						A ENTIDADES FIN				^	INO		
	ad financiera*				ores por favor r Cuenta bancar	ia No.*	enta que se autoriz	a para p			a bancaria*	Ciudad*	POOCT:	
BANCOLOMBIA 024197345 Corriente BOGOTA UNICAMENTE PARA PROVEEDORES														
	aleza del prove retenedor	edor*	No	Persona jurídica Resolución No.					Fec	ha Res:	dd mm	aaaa		1
	o a retención en	la fuente	Si	% de retención a aplic	ar	2.5%	Tipo de	Contril				égimen Común		j
Sujeto	o a retención de o a retención de		No Si	% de retención a aplic		4 149/	Declara Código		renta		Régimen ordinario 4773	Municipio B	OGOTA]
Ciriot-		ICA	SI	% de retención a aplic	aı	4.14%	Loaigo	CIIU			4113			

NIT. 800.149.695-1 GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR		Versión		14
Declaro expresamente que: Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle actividad o negocio) COMERCIO AL POR MAYOR DE INSUM. Tanto mi actividad o negocio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 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 ter. A plicaremos y cumpliremos todos los preceptos establecidos en Colombia en materia de anticorrupción (Ley 1474 de 2011) y en ese sentido declaramos, que lo doptaremos todas medidas tendientes a evitar actos o conductas de corrupción y en especial de corrupción privada. Conocemos 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 édherimos cumpliened los estándares de conducta requeridos para el efecto. 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 a orrespondencia, documentos legales, etc.), para verificar acciones de prevención de anticorrupción y soborno transnacional. Cuenta con medidas enfocadas al control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/F7/rganización? Si su respuesta es positiva, adjunte la certificación del cumplimiento de SAGRILAFT.	Colombiano. roristas o de lavado de a si directivos, funcionario dica y conducta en sus ruditoría (entre otros, la	activos. os, y/o la sociedad por relaciones con terceros	, a los	cuales no
I firmar autorizo de manera libre, previa, expresa e inequívoca a DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S.A.S, en adelante CRUZ VERDE, el tratamier epresentada 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 nor il 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 personale roveedores y clientes, reporte de obligaciones tributarías, legales, y administrativas, formalización, desarrollo y ejecución de contratos, registro y control de compras elación comercial, a través de comunicación telefónica, correo electrónico, correspondencia física, SMS o cualquier otro medio que permita dar pronta respuesta a acturación.	rmas que las compleme s, tendrá las siguientes f y ventas, comunicacion	enten, modifiquen o ree finalidades: Creación y/ les físicas y electrónica	mplac actual s deri	en) que, e alización d vadas de l
utorizo igualmente a que mis datos sean Transferidos y/o Transmitidos a las demás empresas relacionadas con Cruz Verde, así como también a terceros contratis ratamiento de datos personales. La mencionada Transferencia y/o Transmisión de datos personales podrá realizarse incluso a empresas que se encuentren fuera del trangan un nível de protección de datos equivalentes a las normas Colombianas. Igualmente, la Transferencia y/o Transmisión de datos personales podrá realizarse a el el presente documento obra como autorización expresa. Entiendo que en el evento de Transferencia y/o Transmisión, mis Datos Personales serán tratados bajo estrictas	erritorio nacional en don npresas que se encuent	de las normas de prote tren dentro de Colombi	cción	de datos n
a información personal que suministra, circula internamente de manera restringida, y no se comparte con terceros, contando con todas las medidas de seguridad física so fraudulento, no adecuado, o no autorizado.	s, técnicas y administrat	tivas para evitar su pero	dida, a	dulteració
a supresión de la información, procede cuando no preexista la finalidad para la cual se solicitaron los datos, y como disposición final de la información, se conservará pa Isted tiene derecho a conocer, actualizar y corregir sus datos personales, así mismo, podrá solicitar la supresión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento orreo electrónico: habeasdata@cruzverde.com.co.		o o consulta puede real	izarla	a través d
vara conocer la Política de Tratamiento de datos Personales podrá consultarla en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al item Políticas de la sección de S	ervicio al Cliente.			
si requiere radicar una PQR podrá realizarla a través de la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al item Buzón de Sugerencias y reclamos - buzón digital de l	a sección de Servicio al	Cliente.		
in ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, AUTORIZO, de manera expresa, voluntaria e informada a CRUZ VERDE de tratar, proces eportar y solicitar toda la información que se refiere a nuestro comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios de los cuales somos sus titulares, referid independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen) a nuestro comportamiento e historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hi ecesaria 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 centra	a al nacimiento, ejecuci ibitos de pago y aquella	ión y extinción de obliga	acione	s dineraria
a 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 úblicos, conozco plenamente.	a, los cuales contienen n	nis derechos y obligaci	ones, o	ue, por se
sí mismo, con la firma del presente documento declaro que conozco los Principios Guía de Proveedores y el Programa de Ética y Transparencia Empresarial (PETE), Truz 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 Proliferaci fabeas Data frente a los cuales nos adherimos y garantizamos su cumplimiento durante la vigencia de los vínculos jurídicos que emanen de cualquier relación con rarmacias Cruz Verde S.A.S. Estos documentos pueden ser consultados en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al item Políticas de la sección de Servici	ón de Armas de Destruc nercial, contractual o de	ción Masiva – SAGRIL	AFT/F	PADM y d
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 infon	nación que he suministr		sus p	artes.
	ombre completo ural o Representante Le	gal		
Declaro que en mi condición de representante legal principal o suplente, cuento con las facultades legales y estatutar de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o suplente).	as para realizar la prese	ente inscripción declara	ciones	en nombr
DOCUMENTOS REQUERIDOS	Tipo de	tercero	1	
Documento requerido	(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).				
Para Fondos de inversión: A cambio del certificado de existencia y representación legal, incluir el documento equivalente emitido por la entidad competente que acredita su existencia y personería jurídica, es decir, el acto de constitución.	N/A	Х		
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 sobrepasan el 5% del capital social, por favor enviar información de las mismas - composición accionaria con nombres completos, número y tipo de identificación Entiéndase como Beneficiario final, las personas naturales que son los verdaderos dueños, controlantes o quienes se benefician económicamente de un vehículo	N/A	х		
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). 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	х	X]	
del banco, dirección del banco, ciudad, país, código swift o ABA, nombre del proveedor y dirección de residencia del proveedor. Documento de identidad del Representante Legal (debe corresponder a quien firma el formato).	Х	X	1	
Registro Único Tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año corriente). Registro de Información Tributaria - RIT (si aplica).	X si aplica	X si aplica	1	
Certificado de afiliación a ARL (Incluir no mayor a 3 mese).	X	X	1	
Certificado de cumplimiento del SG-SST emitido por la ARL (Incluir del año en curso) Anexo GH-RL-AN-40 Matriz de Requisitos de Selección de Proveedores y Contratistas para el SG-SST (Aplica Si el proveedor requiere ingresar a las instalaciones de Cruz Verde para ejerce su labor)	X si aplica	X si aplica	1	

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(emos) a actualizarla o confirmarla, a solicitud de Droguerías y Farmacias Cruz Verde S.A.S. La información no diligenciada permanece vigente, en consecuencia, diligenciaré(mos) la información que ha cambiado en el último año.

exclusivo para ser diligenciado por Cruz Verde)											
Gerencia que tramita la solicitud* Nombre del solicitante*			Cargo del solicitante*	Ext.*	Nombre Gerente*		Vo. B	lo. Gerente	Fecha dilig	enciamiento*	
Ingrese nombre de la Gerencia Ingrese nombre del solicitant		nte	Ingrese cargo del solicitante		Ingrese nombre del gerente				Fecha de d	Fecha de diligenciamiento	
Dirección entrevista*			*Proveedor Mercaderia	·		Resultado*	Fecha*		Hora	Hora	
Ingrese dirección de entrevista			*Proveedor Gastos			Seleccione una opción					
¿Durante la realización de la entrevista encontró algo inusual o sospechoso?*			En caso afirmativo, descríbalo*		Describa lo encontrado						
¿Conoce personalmente al cliente o proveedor?*			¿Hace cuánto tiempo y cómo lo conoció?*	Describa brevemente hace cuánto tiempo y cómo lo conoció							
* Campos de obligatorio diligenciam	iento										

de Cruz Verde para ejercer su labor).

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