		Nombres"		ocenino abellino	200		
		GAL	DATUS DEL REPRESENTANTE LEGAL		Con	Primer apellido*	Primer
Ingrese numero de identificación	No.	selectiones and de las opciones	DEDDECEMENT	DATOS DE		The second secon	
				Ingrese nombres	Ingrese segundo apellido	ngrese primer apellido Ini	Ingrese
		Tipo de identificación*		Nombres*	Segundo apellido*	Primer apellido* Se	Primer :
					or favor indique quién es la PEP	Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP	Si selecu
		¿Cuál?	Si		ciación entre usted y una PEP?	¿Existe algun vinculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?	¿Existe
		¿Cuál?	Si No		nte (PEP)?	ces usted una Persona expuesta Politicamente (PEP)?	CES USE
					sic ias signicines preguntas.	er and as personal incurary por rator conteste las signicites preguitas.	
i en el Trabajo (SG-SST)".	"S) 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)".	roveedores y Contratistas para el Sis	itos de Selección de P	N-40 Anexo Matriz de Requis	nentación descrita en el "GH-RL-A	spuesta es positiva, adjunte la docur	Si usted
×	Si* No				illstalaciblies de Cruz verder	sci en sociale proprieta de la companya de la comp	*0.00
			1		inchipaciones de Caux Verde	reer su labor inecesita ingresar a las	Para pie
			#N/D			Ciudad	Ingrese Ciudad
			#N/D			Ciudad	Ingrese Ciudad
	maquinaria y equipo n.c.p.	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinar	Comercio al pr	4659			Bogotá
	ue se presta a Droguerías Cruz Verde*	Detalle de la actividad, bien o servicio que se pres	1 - 1	Código CIIU de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde*	1	Ciudad (donde se presta el servicio o se realiza la compra)*	Ciudad (d compra)*
	igenciar este mismo formato.	tario del inmueble debe diligenciar e	ımobiliaria, el propiet	documentos requeridos. tario, si no a través de una i	ste mismo formato y entregar los no sea directamente con el propi	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 dil	- Si pose - En case
	Ingrese el número de identificación	No. Ingrese el n		Cédula de Ciudadanía			
	ificación*	Sin dígito de verificación*		Tipo de identificación*		Nombre o Razon Social dei Mandante	Nombre
	No. Ingrese el número de identificación	No. Ingrese el n	15	Seleccione una de las opciones			
	ificación*	Sin dígito de verificación*		Tipo de identificación*		Nombre o Razon Social del Mandante	Nombre
THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN	No. Ingrese el número de identificación	No. Ingrese el n	ls.	Seleccione una de las opciones			The same
THE PERSON NAMED IN	ificación*	Sin dígito de verificación*		Tipo de identificación*		Nombre o Razón Social del Mandante	Nombre
	No. Ingrese el número de identificación	No. Ingrese el n	15	Seleccione una de las opciones			
2		Sin dígito de verificación*		Tipo de identificación*		Nombre o Razón Social del Mandante	Nombre
×	X Es mandatario con representación* si NO y	SI NO X Es mandatario	Color of Local and Color	Actúa como mandatario*	Escribalo aquí Actúa	Tipo de Contrato	Tipo de
	com	marcela.luque@draeger.com		ngrese celular / fax	Ingress	6017945050	+57
The second secon	reporte de pagos*	Correo electrónico para reporte de pagos*		/ Fax*	Celular / Fax*	aís* Teléfono*	Prefijo país*
s medicos y de seguridad	comercialización y servicio de equipos medicos y de segundad		BOGOTÁ		BOGOTÁ D.C	BIA	COLOMBIA
	Actividad económica*		Ciudad*		Departamento*		País*
The second second	Colombia	Seleccione una de No. 13 - 21	100	calle	0. 900194910	No.	NII
The same of the sa	Domicilio legal*		rincipal*	Dirección sede principal*		Tipo de identificación*	Tipo de
				STATE OF THE PARTY		DRAEGER COLOMBIA S.A.	DRAEGE
						Nombre o Razón Social*	Nombre
		ALE.	DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE	DATOS DE	THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE OWNER.		10 K/K
ria Si	Teniendo en cuenta lo anterior, es contribuyente del impuesto de industria y comercio*	Teniendo en cuenta lo anterior, es c y comercio*	No		oio*	rosee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (10) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles en el mismo municipio*	uno o va
	os inmuebles*	de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles*					2000
No No	Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (5) contratos	Posee a nivel de propietario o subar	No		miento de bienes propios o de te	Ejerce la actividad inmobiliaria o de arrendamiento de bienes propios o de terceros, como actividad mercantil*	Ejerce la ac
Cruz Verde	Actualización anual solicitada por Cruz Verde	Tipo de trámite*	Proveedor nacional	2	21/02/2024 Tipo de relac	Fecha de diligenciamiento* 21	Fecha d
			INFORMACIÓN GENERAL	INFO			
		.com.co	496951@dte.paperless	radicación de DTE es dte 8001	otalidad, será rechazado. s y Farmacias Cruz Verde S.A.S para l	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	Nota 1: 5
	Versión	CUENTAS POR PAGAR	/ SUBDIRECCIÓN DE	GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR	GERENCIA FINA	NIT. 800.149.695-1	NIT. 2
5	Fecha		MACROPROCESO FINANCIERA	MACROPROCE	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	本の日日の日本 日本 · · · · · · · · · · · · · · · · ·	The state of
ligo FC-FI-FO-01	Código	ENTE Y/O PROVEEDOR	JUALIZACION DE CLI	FORWARD SOCIETION DE INSCRIPCION Y ACTUALIZACION DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR	FORIVIATO SOL	HEASE AND THE PARTY OF THE PART	Sights!
			THAT IZACIÓN DE CIT	CITI ID DE INISCRIBCIÓNI Y AC	EORMATO SOL		
			1				

Cuartas

Gildardo

ficación*	Tipo de identificación*		Nombres*	Segundo apellido* No	Primer apellido*
		A 12 X 18 A		Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP	Si seleccionó la opci
	X ¿Cuál?	No	Si	¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?	¿Existe algún vínculo
	X ¿Cuál?	No	Si	¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?*	¿Es usted una Perso
	X ¿Cuál?	No	Si	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o activ
		BIANO	COLOMBIANO		CALI
		alidad*	Nacionalidad*		Lugar de nacimiento*
CALI	24/07/1998	1980	Masculino 17/07/1980	a No. 16.289.220	Cédula de Ciudadanía
Lugar de expedición*	Fecha de expedición*	Fecha nacimiento	Género Fecha n	n*	Tipo de identificación*

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 belieza, 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. *Persona expuesta politicamente (PEP). A manera de ejempla, 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, jejes de estado, jejes de gobierno, vicepresidente de la república, ministros, senadares, representantes de la cámara, magistrados de las oltas cortes, gobernadores, alcaldes, disputados de las asambleas departamentales, concejoles, ediles, directores de departamentos administrativos, directores de la cámara, magistrados de las fuerzas militares y de policia en grado de oficial desde el grado de carante la inclusive en adelante y sus cargos homálogos en otras fuerzas, tesoreros Ingrese segundo apellido Selecciones una de las opciones Ingrese número de identificación

Ingrese nombres

No.

Ingrese primer apellido

ad	Ingrese la ciudad	The second second	una de las opciones	Seleccione una	VEEDORE	Ingrese el número de cuenta bancaria ÚNICAMENTE PARA PROVEEDORES	ese el número o ÚNICAN	lngr		ad financiera	ngrese nombre de la entidad financiera	ing
		Ciudad*	ncaria*	Tipo de cuenta bancaria*			ia No.*	Cuenta bancaria No.	0		Entidad financiera*	En
			cia electrónica)	REFERENCIA ENTIDADES FINANCIERAS (para proveedores por favor relacionar la cuenta que se autoriza para pagos por transferencia electrónica)	INANCIER oriza para	REFERENCIA ENTIDADES FINANCIERAS Jonar la cuenta que se autoriza para pa	REFERENC relacionar la cu	res por favor	(para proveedo			
		dega Principal No	Entrega mercancía Bodega Principal X No	Si				cruz verae)	90 días	ica para proveedores	90 días	90
	rerde)	ía para la venta Cruz V	(Sólo para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)	(Sólo para pr	To the second			Carried Mandal	طه سمیت ام برمید	and an arminadance	imino de pago (cólo apli	Tá
		6017945050		com	ødraeger.	marcela.luque@draeger.com					Marcela Luque	M
		Teléfono*	ados de cuenta)*	Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)*	nico (para	Correo electrór				/o tesorería*	Nombre contacto cartera y/o tesorería*	No
		3138736027		r.com	z@draege	sandra.martinez@draeger.com					Sandra Martinez	Sar
		Teléfono*	compra y otros)*	Correo electrónico (para envío de órdenes de comp	nico (para	Correo electrór				*	Nombre contacto comercial*	No
							elación	4. PEP por Relación	3. PEP Organización Internacional	2. PEP Extranjero 3. PEP O	* 1. PEP Nacional 2. PEP	* 1
											12	1
						The state of the s	THE STREET				11	1
											10	1
											9	
											8	~
		THE RESERVE THE PERSON NAMED IN									7	
											6	
									No. of the last of		5	,_
No	No					NO		No	Caroline Liessei	CHURTHOUSE	4	
No	No				N. MIS	No No		No	Carolino Eigeror	CTCKAVGEG	2 Pasaporte	1.
No	No					No			Paulo Fernandez Da Costa P			Ι.,
grado poder público	recursos públicos	Nombre Completo	Número de ID	Tipo de ID	¿Cuál?*	familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?	¿Cuál?*	¿Es usted una PEP?	Nombre Completo	Número de ID	No. Tipo de ID	z
	Administra	n, por favor indique	Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP	Si seleccionó la op		¿Existe algún vínculo	The second					big
	The second second		imara de Comercio	dentificación de los miembros de la junta Directiva o quien hace sus veces de acuerdo a la Cámara	ce sus vec	ctiva o quien ha	de la junta Dire	s miembros	Identificación de lo			

Naturaleza del proveedor*

Persona jurídica

a los recursos que posso provios	NIT. 800.149.695-1	S. C. and Manufe	+	Sujeto a retención de ICA	Sujeto a retención de IVA	Sujeto a retención en la fuente	Auto retenedor
a los recursos ano posso provisos ado los signiosados dispatos (detallo padicidad e proprio)	GERENCIA FINANCIE		FORMATO SOLICITUE	Si % de retención a aplicar	Si % de retención a aplicar	No % de retención a aplicar	Si Resolución No.
	GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCION DE CUENTAS POR PAGAR	MACROPROCESO FINANCIERA	FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR	1,104% Código CIIU	2,85% Declarante de renta	Tipo de Contribuyente	8898 Fecha Res:
	AGAR		EDOR	4659	Régimen ordinario Municipio	Régimen Común	dd 4 mm 12 aaaa
	Versión	Fecha	Código		Bogotá		аа 2020
	14	27-Sep-202	FC-FI-FO-0	# 10 m		100	

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle actividad o negocio)

Comercialización de equipos medicos y seguridad industrial.

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

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 mi representada, adoptaremos todas medidas tendientes a evitar actos o conductas de corrupción y en especial de corrupción privada.

adherimos cumpliendo los estándares de conducta requeridos para el efecto. . 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 ética y conducta en sus relaciones con terceros, a los cuales nos

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

Conocemos 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 LA/FT/FPADM dentro de Si*

× No

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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 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 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 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 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 mi representada cuentas y facturación.

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. 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 Autorizo igualmente a que mis datos sean Transferidos y/o Transmitidos 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 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.

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 perdida, adulteración, uso fraudulento, no adecuado, o no autorizado

La 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 para efectos de auditoria.

través del correo electrónico: habeasdata@cruzverde.com.co. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y 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

Para 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 Servicio 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 la sección de Servicio al Cliente

The second second

__

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, 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. 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 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

por ser públicos, conozco plenamente. 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

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 – 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 item Políticas de la sección de Servicio al Cliente. SAGRILAFT/FPADM y de Habeas 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 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

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

de la sociedad por mi representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o suplente). Declaro que en mi condición de Persona Natural o Representante Legal representante legal X principal o suplente, cuento con las facultades legales y estatutarias para realizaría presente inscripción declaraciones en nombre Persona Natural o Representante Lega GILDARDO SALGADO CUARTAS Nombre completo

	Tipo de	Tipo de tercero
Documento requerido	(Aplica para	(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	×
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.		
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 -		
Tiple of the state	N/A	×
Entiendase 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.	No. of the least	
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 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).	×	×
Registro Unico Tributtario - KUT (en Totocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año corriente).	×	×
Registro de Información Tributaria - RIT (si aplica).	si aplica	si aplica
Certificado de afiliación a ARL (Incluir no mayor a 3 mese).	×	×
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		o le

de Cruz Verde para ejercer su labor).

si aplica

si aplica

The second secon

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.

		Información de la entrevista (exclusivo para ser diligenciado por Cruz Verde)	Información de la entrevista) para ser diligenciado por Cr	a ruz Verde)		
Gerencia que tramita la solicitud* Nor	Nombre del solicitante*	Cargo del solicitante*	Ext.* Nom	Nombre Gerente*	Vo. Bo. Gerente	Fecha diligenciamiento*
Ingrese nombre de la Gerencia Ingr	Ingrese nombre del solicitante	Ingrese cargo del solicitante	Ingre	Ingrese nombre del gerente		Fecha de diligenciamiento
Dirección entrevista*		*Proveedor Mercaderia		Resultado*	Fecha*	HOTE
Ingrese dirección de entrevista		*Proveedor Gastos	a de la companya de l	Seleccione una onción		11010
¿Durante la realización de la entrevista encontró algo inusual o sospechoso?*	Si/No	© En caso afirmativo, describalo*	Describa lo encontrado			
¿Conoce personalmente al cliente o proveedor?*	eedor?* Si/No	¿Hace cuánto tiempo y cómo lo conoció?*	Describa brev	Describa brevemente hace cuánto tiempo	y cómo lo conoció	
* Campos de obligatorio diligenciamiento						
	(Excl	Autorización de creación del proveedor con excepciones (Exclusivo para ser diligenciado y firmado por el Gerente o Subgerente del área solicitar	el proveedor co	on excepciones Subgerente del área solicitant	nte)	
Área solictante:						
Cuáles son las excepciones existentes:						
Observaciones:						Firma del Gerente o Cubrerente del Gere

