

NIT. 800.149.695-1	FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR										Código	FC-FI-F0-01
	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@dtte.paperless.com.co

INFORMACION GENERAL											
Fecha de diligenciamiento*	1/03/2024		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*				No

DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE											
Nombre o Razón Social*											
LABORATORIOS SIEGFRIED S.A.S.											
Tipo de identificación*		sin dígito de verificación*		Dirección sede principal*				Domicilio legal*			
NIT		No. 900.226.948		Avenida Calle AC				Ingrese		Seleccione una de No. 17 #42-09	
País*		Departamento*		Ciudad*				Actividad económica*			
COLOMBIA		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ D.C				2100			
Prefijo país*		Teléfono*		Celular / Fax*		Correo electrónico para reporte de pagos*					
60 1		208 62 62		208 62 62		prov.labsiegfried@la.comfiar.co					
Tipo de Contrato		PROVEEDOR		Actúa como mandatario*		SI		NO		X Es mandatario con representación*	
Nombre o Razón Social del Mandante		Tipo de identificación*		Sin dígito de verificación*							
		Seleccione una de las opciones		No.		Ingrese el número de identificación					
Nombre o Razón Social del Mandante		Tipo de identificación*		Sin dígito de verificación*							
		Seleccione una de las opciones		No.		Ingrese el número de identificación					
Nombre o Razón Social del Mandante		Tipo de identificación*		Sin dígito de verificación*							
		Seleccione una de las opciones		No.		Ingrese el número de identificación					
Nombre o Razón Social del Mandante		Tipo de identificación*		Sin dígito 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.
- 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)*		Código CIU de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde*		Detalle de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde*							
BOGOTÁ D.C		2100		Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos de uso farmacéutico							
Ingrese Ciudad				#N/D							
Ingrese Ciudad				#N/D							

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 (SG-SST)".

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*		
Ingrese primer apellido	Ingrese segundo apellido	Ingrese nombres		Seleccione una de las opciones No. Ingrese número de identificación		

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL							
Primer apellido*		Segundo apellido*		Nombres*			
ETCHEVERRY		Ingrese segundo apellido		PAULO CRISTIAN			
Tipo de identificación*		Género		Fecha nacimiento		Fecha de expedición*	
Cédula de Extranjería		No. 940.062		Masculino		9/08/1968	
Lugar de nacimiento*		Nacionalidad*		Lugar de expedición*			
ARGENTINA		ARGENTINA		COLOMBIA			
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?		SI		NO		X	
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?*		SI		NO		X	
¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?		SI		NO		X	

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		Seleccione 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, disputados 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
								Tipo de ID	Número de ID	Nombre Completo		
1	Pasaporte	12715328N	EDUARDO MACCHIAVELLO	No		No					No	No
2	Pasaporte	AAA879977	SANTIAGO FERNANDEZ	No		No					No	No
3	Cédula de Extranjería	940062	PAULO ETCHEVERRY	No		No					No	No
4	Cédula de Ciudadanía	51800327	DIANA SANCLEMENTE	No		No					No	No
5	Cédula de Ciudadanía	65776900	XIMENA OSORIO	No		No					No	No
6	Cédula de Ciudadanía	52646954	MARGARITA SANCLEMENTE	No		No					No	No
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*	
JUAN FERNANDO RUIZ REMOLINA		#ruiz@siegfried.com.co		3174296357	
Nombre contacto cartera y/o tesorería*		Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)*		Teléfono*	
MARIA FERNANDA QUIROGA		#quiroga@siegfried.com.co		(60 1) 208 62 62	

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 jurídico, como una sociedad mercantil, un fideicomiso, una fundación.	N/A	X
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.	X	X
Documento de identidad del Representante Legal (debe corresponder a quien firma el formato).	X	X
Registro Único Tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año corriente).	X	X
Registro de Información Tributaria - RIT (si aplica).	si aplica	si aplica
Certificado de afiliación a ARL (Incluir no mayor a 3 mese).	X	X
Certificado de cumplimiento del SG-SST emitido por la ARL (Incluir del año en curso)	X	X
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 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(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)						
Gerencia que tramita la solicitud*	Nombre del solicitante*	Cargo del solicitante*	Ext. *	Nombre Gerente *	Vo. Bo. Gerente	Fecha diligenciamiento *
Ingrese nombre de la Gerencia	Ingrese nombre del solicitante	Ingrese cargo del solicitante		Ingrese nombre del gerente		Fecha de diligenciamiento
Dirección entrevista*		*Proveedor Mercadería		Resultado*	Fecha*	Hora
Ingrese dirección de entrevista		*Proveedor Gastos		Seleccione una opción		
¿Durante la realización de la entrevista encontró algo inusual o sospechoso?*	Si / No	En caso afirmativo, descríbalos*	Describa lo encontrado			
¿Conoce personalmente al cliente o proveedor?*	Si / No	¿Hace cuánto tiempo y cómo lo conoció?*	Describa brevemente hace cuánto tiempo y cómo lo conoció			
* Campos de obligatorio diligenciamiento						
Autorización de creación del proveedor con excepciones (Exclusivo para ser diligenciado y firmado por el Gerente o Subgerente del área solicitante)						
Área solicitante:						Firma del Gerente o Subgerente del área
Cuáles son las excepciones existentes:						
Observaciones:						