

 NIT. 800.149.695-1		FORMATO SOLICITUD	
		GERENCIA FINANCIERA	
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			
Ejerce la actividad inmobiliaria o de arrendamiento de bienes propios o de terceros, como actividad n			
Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (10) contratos de arrendamiento sobre ur inmuebles en el mismo municipio*			
Tipo de identificación*		sin dígito de verificación*	
NIT	No.	900561035	
País*		Departamento*	
COLOMBIA		DISTRITO CAPITAL	
57	7224189	3015960623	
Tipo de Contrato		Escribalo aquí	Actúa como mand:
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ide
HOME MEDICAL GROUP S.A.S			NIT
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ide
			Seleccione
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ide
			Seleccione
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ide
			Cédula de C
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 un			
Ciudad (donde se presta el servicio o se realiza la compra)*		Código CIU de la actividad, bien o servi Cruz Verde*	
BOGOTA		4659	
Ingrese Ciudad			
Ingrese Ciudad			
Para ejercer su labor ¿necesita ingresar a las instalaciones de Cruz Verde?			
<i>*Si su respuesta es positiva, adjunte la documentación descrita en el "GH-RL-AN-40 Anexo Matriz de Req</i>			
Si usted es persona natural, por favor conteste las siguientes preguntas:			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?			
Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP			
Ingrese primer apellido		Ingrese segundo apellido	Ingrese
CASTELLANOS		LOPEZ	
Tipo de identificación*			
Cédula de Ciudadanía	No.	79,645,070	
Lugar de nacimiento*			
BOGOTA			
Si seleccionó la opción 4. PEP por relación , por favor indique quién es la PEP			
Ingrese primer apellido		Ingrese segundo apellido	Ingrese

**Persona expuesta políticamente (PEP). A manera de ejemplo, se pueden catalogar como PEP aquellas personas que ocupen ministros, senadores, representantes de la cámara, magistrados de las altas cortes, gobernadores, alcaldes, disputados de las descentralizadas, miembros activos de las fuerzas militares y de policía en grado de oficial desde el grado de coronel e incluso con ejercicio en las artes (incluidos dentro de éstas, los representantes significativos de las diferentes manifestaciones culturales en el deporte, las ciencias, y los representantes de organizaciones religiosas y los demás inscritos en el Decreto 830 del 2021 en*

Identificación de los miembros				
No.	Tipo de ID	Número de ID	Nombre Completo	¿Es usted una PEP?

* 1. PEP Nacional 2. PEP Extranjero 3. PEP Organización Internacional 4. PEP por Relación

Término de pago (Sólo aplica para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)*

credito	
(para proveedores por	
Entidad financiera*	Cuenta bancaria
DAVIVIENDA	

Naturaleza del proveedor*	Persona jurídica	
Auto retenedor	No	Resolución No.
Sujeto a retención en la fuente	Si	% de retención a aplicar
Sujeto a retención de IVA	No	% de retención a aplicar
Sujeto a retención de ICA	Si	% de retención a aplicar

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle actividad o negocio)
- Tanto mi actividad o negocio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y me obliga a mantenerla actualizada.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación comercial no provienen ni se destinarán a actividades ilícitas.
- Aplicaremos y cumpliremos todos los preceptos establecidos en Colombia en materia de anticorrupción y en especial de corrupción privada.
- Conocemos que Cruz Verde está sujeta a las disposiciones en materia de soborno transnacional (Ley 1712 de 2014) y nos comprometemos a cumplirlos.
- Autorizamos a Cruz Verde para que en cualquier momento, ya sea de manera directa o a través de cualquier medio, nos permita verificar acciones de prevención de anticorrupción y soborno transnacional.
- Conocemos y daremos cumplimiento al sistema/programa de Ética y transparencia empresarial con el cual cuenta Cruz Verde.

¿Cuenta con medidas enfocadas al control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Corrupción?

Al firmar autorizo de manera libre, previa, expresa e inequívoca a DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ representantes legales y miembros de la junta directiva de la sociedad (ley 1581 de 2012 y ley 1266 de 2004) la ejecución y asuntos relacionados con la misma. El tratamiento de los datos personales, tendrá las siguientes finalidades: ejecución de contratos, registro y control de compras y ventas, comunicaciones físicas y electrónicas de respuesta a cualquier trámite, pago, administración y gestión de cuentas y facturación.

Autorizo igualmente a que mis datos sean Transferidos y/o Transmitidos a las demás empresas relacionadas mencionada Transferencia y/o Transmisión de datos personales podrá realizarse incluso a empresas con domicilio en Colombia. Igualmente, la Transferencia y /o Transmisión de datos personales podrá realizarse a empresas extranjeras 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 no autorizado.

La supresión de la información, procede cuando no preexista la finalidad para la cual se solicitaron los datos. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y corregir sus datos personales, así mismo, podrá solicitar la eliminación de sus datos a habeasdata@cruzverde.com.co.

Para conocer la Política de Tratamiento de datos Personales podrá consultarla en la página web www.cruzverde.com.co.

Si requiere radicar una PQR podrá realizarla a través de la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ítem Políticas de la sección de Servicio al Cliente.

En ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, AUTORIZO, de manera expresa, que se refiera a nuestro comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios de los cuales somos parte, el historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago, 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.

Así mismo, con la firma del presente documento declaro que conozco los Principios Guía de Proveedores de Autocontrol y Gestión del Riesgo Integral de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y cumplimiento durante la vigencia de los vínculos jurídicos que emanen de cualquier relación con la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o de la sociedad por mí representada.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado este documento, firmo el presente y estaré dispuesto a cumplir con lo establecido en el presente documento.



Firma

Persona Natural o Representante Legal

Declaro que en mi condición de ☒ representante legal ☒ principal o de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o de la sociedad por mí representada.

Documento requerido

Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por cámara y comercio (no mayor a 60 días de matrícula mercantil).

Para Fondos de inversión: A cambio del certificado de existencia y representación legal, incluir el personería jurídica, es decir, el acto de constitución.

Adjuntar el Certificado de Composición Accionaria y/o Junta Directiva (actualizado no mayor a 90 días de la última actualización del 5% del capital social, por favor enviar información de las mismas - composición accionaria con nombres y porcentajes).

Entiéndase como Beneficiario final, las personas naturales que son los verdaderos dueños, controla la entidad mercantil, un fideicomiso, una fundación.

Certificado de cuenta bancaria, la cual puede ser descargada del portal virtual de la entidad financiera. Para el caso de proveedor con cuenta bancaria en el exterior, la certificación debe contener como mínimo: 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 Único Tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea menor a 3 meses).
Registro de Información Tributaria - RIT (si aplica).

Certificado de afiliación a ARL (Incluir no mayor a 3 meses).

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 (Labor).

Creación de clientes que sean Entes Territoriales: solo se solicitará Registro Único Tributario - RUT y secciones "Información general" y "Datos del proveedor/Cliente" del presente documento, y debe ser actualizado.

Esta información es cierta, puede ser utilizada para el proceso de actualización y es verificable en cualquier momento. Permanece vigente, en consecuencia, diligenciaré(mos) la información que ha cambiado en el último año.

Gerencia que tramita la solicitud*	Nombre del solicitante*	Cargo del solicitante*
Ingrese nombre de la Gerencia	Ingrese nombre del solicitante	Ingrese cargo del solicitante
Dirección entrevista*		*Proveed
Ingrese dirección de entrevista		*Proveed
¿Durante la realización de la entrevista encontró algo inusual o sospechoso?*	No	En caso afirmativo, describa:
¿Conoce personalmente al cliente o proveedor?*	No	¿Hace cuánto tiempo lo conoció?*
(Exclusivo para proveedores)		

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR

MACROPROCESO FINANCIERA

AREA DE CONTABILIDAD Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR

8001496951@dte.paperless.com.co

INFORMACIÓN GENERAL							
Comercantil*	Seleccione una de las opciones	Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (5) inmuebles en arrendamiento sobre uno o varios inmuebles*					
Uno o varios	Seleccione una de las opciones	Teniendo en cuenta lo anterior, es contribuyente del impuesto sobre el valor agregado*					
DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE							
Dirección sede principal*							Domicilio
Carrera KR	10	Seleccione una de las	No.	72-66	COLOMBIA		
Ciudad*					Actividad económica*		
BOGOTA					COMERCIO AL POR MAYOR		
Correo electrónico*					stefany.perdomo@homemedicalgroup.com / financiera		
Mandatario*	SI	X	NO	Es mandatario con representación*			
Identificación*				Sin dígito de verificación*			
				No.	900561035		
Identificación*				Sin dígito de verificación*			
una de las opciones				No.	Ingrese el número de identificación		
Identificación*				Sin dígito de verificación*			
una de las opciones				No.	Ingrese el número de identificación		
Identificación*				Sin dígito de verificación*			
Ciudadanía				No.	Ingrese el número de identificación		

Para la actividad inmobiliaria, el propietario del inmueble debe diligenciar este mismo formato.

Lo que se presta a Droguerías	Detalle de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde*
	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.
	#N/D
	#N/D

Requisitos de Selección de Proveedores y Contratistas para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

	Si	No	X	¿Cuál?
Nombres				
Seleccione una de las opciones				No
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
LUIS FARLAN				
Género	Fecha nacimiento	Fecha de expedición*	Lugar de expedición*	
Masculino	9/02/1974	9/03/1992	BOGOTA	
Nacionalidad*				
COLOMBIANA				
Nombres				No
Seleccione una de las opciones				No

u ocuparon cargos públicos importantes, así como las personas con reconocimiento público, por ejemplo: presidente de la república, asambleas departamentales, concejales, ediles, directores de departamentos administrativos, directores de las diferentes secretarías de e en adelante y sus cargos homólogos en otras fuerzas, tesoreros de las diferentes entidades del estado de orden nacional, departame les como la actuación, la pintura, la escultura, la escritura, etc.), con ejercicio en la farándula (actores, modelos, reinas de belleza, pres el artículo 2.1.4.2.3. Lo descrito anteriormente no es taxativo.

Libros de la junta Directiva o quien hace sus veces de acuerdo a la Cámara de Comercio

¿Cual?*	¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?	¿Cual?*	Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique		
			Tipo de ID	Número de ID	Nombre

(Sólo para proveedores de mercancía para la Entrega mercancía Bodega Prioritaria)	
Si	☒

REFERENCIA ENTIDADES FINANCIERAS	
Por favor relacionar la cuenta que se autoriza para pagos por transferencia electrónica)	
Cuenta No.*	Tipo de cuenta bancaria*
008869997539	Corriente

ÚNICAMENTE PARA PROVEEDORES

Fecha Res: dd mm	
2%	Tipo de Contribuyente
	Declarante de renta
11,04*1000%	Código CIU
	Régimen ordinario
	Municipio
	4659

venta de dispositivos medicos al mayor y al detal

proviene de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.

igo a actualizarla anualmente.

la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o de lavado de activos.

ión (Ley 1474 de 2011) y en ese sentido declaramos, que los directivos, funcionarios, y/o la sociedad por mi representación

1778 de 2016) y que cuenta con lineamientos y políticas de ética y conducta en sus relaciones con terceros, a los contratistas, adelanta procesos de debida diligencia y auditoría (entre otros, la revisión de libros contables, registros que cuenta la compañía.

ción de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/FT/FPADM dentro de su organización?

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

VERDE S.A.S, en adelante CRUZ VERDE, el tratamiento de mis datos personales, los de la persona jurídica p
le 2018 y demás normas que las complementen, modifiquen o reemplacen) que, en el marco de la relación cc
uientes finalidades: Creación y/o actualización de proveedores y clientes, reporte de obligaciones tributarias,
rivadas de la relación comercial, a través de comunicación telefónica, correo electrónico, correspondencia físic

onadas con Cruz Verde, así como también a terceros contratistas que presten servicios a Cruz Verde, y que
que se encuentren fuera del territorio nacional en donde las normas de protección de datos no tengan un ni
presas que se encuentren dentro de Colombia. Para lo anterior el presente documento obra como autorización
ridad.

: con terceros, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para evitar su p

atos, y como disposición final de la información, se conservará para efectos de auditoria.

itar la supresión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento. En caso de un reclamo o consu

uzverde.com.co dirigiéndose al ítem Políticas de la sección de Servicio al Cliente.

ose al ítem Buzón de Sugerencias y reclamos - buzón digital de la sección de Servicio al Cliente.

a, voluntaria e informada a CRUZ VERDE de tratar, procesar, verificar, transmitir, poner en circulación, consulta
sus titulares, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de
o y aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento

) aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligacio

es y el Programa de Ética y Transparencia Empresarial (PETE), incluidos sus estándares de auditoría de Droguer
Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SAGRILAF/FPADM y de Habeas Data i
mercial, contractual o de cualquier otra índole con Droguerías y Farmacias Cruz Verde S.A.S. Estos docu

uesto a la verificación del mismo. Igualmente declaro que la información que he suministrado es exacta en tod

LUIS FARLAN CASTELLANOS L

Nombre completo
Persona Natural o Representant

☐ suplente, cuento con las facultades legales y estatutarias para re
pal o suplente).

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Requerido	(Aplicar a)
	Persona natural

0 días, con código de verificación y donde se evidencie la última fecha de renovación de documento equivalente emitido por la entidad competente que acredita su existencia y	N/A
ías). Si dentro de la Composición Accionaria tienen beneficiarios finales que sobrepasan el tres completos, número y tipo de identificación -. ntes o quienes se benefician económicamente de un vehículo jurídico, como una sociedad	N/A
ra. No aplica para Mandante(s). mínimo: Número de la cuenta bancaria, tipo de cuenta, nombre del banco, dirección del dor.	X
	X
ación sea del año corriente).	X
	si aplica
	X
	X
7 (Aplica Si el proveedor requiere ingresar a las instalaciones de Cruz Verde para ejercer su	si aplica

UT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año corriente). El área ser firmado por el respectivo Subgerente.

quier momento y me(nos) comprometo(emos) a actualizarla o confirmarla, a solicitud de Droguerías y Farmo.

Información de la entrevista (exclusivo para ser diligenciado por Cruz Verde)			
Solicitante*	Ext.*	Nombre Gerente*	Vo. Bo. Gerente
Logo del solicitante		Ingrese nombre del gerente	
Para Mercadería		Resultado*	Fecha*
Para Gastos		Seleccione una opción	
Descriptivo, descríbalos*	Describa lo encontrado		
¿Cuánto tiempo y cómo lo conoció?	Describa brevemente hace cuánto tiempo y cómo lo conoció		
Autorización de creación del proveedor con excepciones (a ser diligenciado y firmado por el Gerente o Subgerente del área solicitante)			

	Código	FC-FI-FO-01
	Fecha	27-Sep-2022
	Versión	14

5) contratos de	Seleccione una de las opciones
to de industria y comercio*	Seleccione una de las opciones

Asesorio legal*

MBIA

ca*

MAYOR DISPOSITIVOS MEDICOS

anciero1@homemedicalgroup.com

	SI	X	NO	
--	----	---	----	--

ón

ón

ón

*

Si*		No	X
-----	--	----	---

o (SG-SST)".

.	Ingrese número de identificación
---	----------------------------------

.	Ingrese número de identificación
---	----------------------------------

jefes de estado, jefes de gobierno, vicepresidente de la república, nivel departamental, distrital y municipal, directores de entidades ntal y municipal, miembros afiliados a partidos políticos, personas entadores de televisión, diseñadores, estilistas, etc.), con ejercicio

¿quién es la PEP	Administra recursos públicos	Ejerce algún grado poder público
Nombre Completo		

a venta Cruz Verde)

ncipal

No

Ciudad*	
BOGOTA	

	aaaa	
ipio	BOGOTA D.C	

presentada, adoptaremos todas medidas tendientes a

os cuales nos adherimos cumpliendo los estándares de

otros, correspondencia, documentos legales, etc.), para

Si*	X	No	

por mi representada y los datos de los colaboradores, comercial con CRUZ VERDE, se requieran para la debida legal, legales, y administrativas, formalización, desarrollo y a, SMS o cualquier otro medio que permita dar pronta

deban realizar el Tratamiento de datos personales. La vel de protección de datos equivalentes a las normas n expresa. Entiendo que en el evento de Transferencia

verdida, adulteración, uso fraudulento, no adecuado, o

alta puede realizarla a través del correo electrónico:

ir, divulgar, reportar y solicitar toda la información que la naturaleza del contrato que les de origen) a nuestro de un crédito o celebración de un contrato, para que

nes, que, por ser públicos, conozco plenamente.

ías y Farmacias Cruz Verde S.A.S., las políticas Sistema frente a los cuales nos adherimos y garantizamos su umentos pueden ser consultados en la página web

as sus partes.

OPEZ

te Legal

realizar la presente inscripción declaraciones en nombre

**Tipo de tercero
(a para proveedores)**

al	Persona jurídica
----	------------------

	X
	X
	X
	X
	X
	si aplica
	X
	X
	si aplica
a solicitante deberá diligenciar las	

acias Cruz Verde S.A.S. La información no diligenciada

	Fecha diligenciamiento*
	Fecha de diligenciamiento
	Hora