

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*		28/02/2024		Tipo de relación comercial*		Proveedor nacional		Tipo de trámite*		Creación	
Ejerce la actividad inmobiliaria o de arrendamiento de bienes propios o de terceros, como actividad mercantil*						Seleccione una de las opciones		Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (5) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles*		Seleccione una de las opciones	
Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (10) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles en el mismo municipio*						Seleccione una de las opciones		Teniendo en cuenta lo anterior, es contribuyente del impuesto de industria y comercio*		Seleccione una de las opciones	

DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE																	
Nombre o Razón Social*																	
ARPA MEDICAL S.A.S.																	
Tipo de identificación*				sin dígito de verificación*				Dirección sede principal*				Domicilio legal*					
NIT		No.		900879954		Carrera KR		22		Seleccione una de		No.		86 A-34		BOGOTA	
País*				Departamento*				Ciudad*				Actividad económica*					
COLOMBIA				CUNDINAMARCA				BOGOTA				COMERCIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS					
Prefijo país*		Teléfono*		Celular / Fax*		Correo electrónico para reporte de pagos*											
57		9370742		3229429467		servicioalcliente@arpamedical.com.co											
Tipo de Contrato		Escribalo aquí		Actúa como mandatario*		SI		NO		Es mandatario con representación*		SI		NO			
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*	
BOGOTA		46451		Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales	
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*															
ARANGO				JARAMILLO				ANDRES															
Tipo de identificación*				Género				Fecha nacimiento				Fecha de expedición*				Lugar de expedición*							
Cédula de Ciudadanía				No.				79,779,206				Masculino				28/09/1974				BOGOTA			
Lugar de nacimiento*				Nacionalidad*																			
BOGOTA				COLOMBIA																			
¿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*											
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												
2												
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*

LILIANA ROMERO

Correo electrónico (para envío de órdenes de compra y otros)*

lilianaromero@arpamedical.com.co

Teléfono*

3229430646

Nombre contacto cartera y/o tesorería*

LILIANA ROMERO

Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)*

lilianaromero@arpamedical.com.co

Teléfono*

3229430646

Término de pago (Sólo aplica para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)*		(Sólo para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)	
120 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*	
DAVIENDA	466900063081	Ahorros	
		Ciudad*	
		BOGOTA	
ÚNICAMENTE 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	Tipo de Contribuyente Régimen Común	
Sujeto a retención de IVA	% de retención a aplicar	Declarante de renta Municipio	
Sujeto a retención de ICA	Si % de retención a aplicar	Código CIU 46451	
FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR			
MACROPROCESO FINANCIERA			
GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR			
		Código	FC-FI-FO-01
		Fecha	27-Sep-2022
		Versión	14
Declaro expresamente que:			
a. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle actividad o negocio) COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS MEDICO QUIRURGICOS			
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.			
c. 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.			
f. 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 adherimos cumpliendo los estándares de conducta requeridos para el efecto.			
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.			
h. 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 su organización?			
Si* No X			
*Si su respuesta es positiva, adjunte la certificación del cumplimiento de SAGRILAFT.			
AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
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 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 el 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 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 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 cuentas y facturación.			
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 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 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. 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.			
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 pérdida, 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 auditoría.			
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 través del correo electrónico: habeasdata@cruzverde.com.co.			
Para conocer la Política de Tratamiento de datos Personales podrá consultarla en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ítem 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 ítem Buzón de Sugerencias y reclamos - buzón digital de la sección de Servicio al Cliente.			
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, 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 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 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.			
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, por ser públicos, conozco plenamente.			
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 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 – 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 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 ítem Políticas de la sección de Servicio al Cliente.			
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 partes.			
		ANDRES ARANGO JARAMILLO	
Firma		Nombre completo	
Persona Natural o Representante Legal		Persona Natural o Representante Legal	
Declaro que en mi condición de ☐ representante legal ☒ principal o ☐ suplente, cuento con las facultades legales y estatutarias para realizar la presente inscripción declaraciones en nombre de la sociedad por mí representada. (Nota: Marcar con una x su condición de representante legal principal o suplente).			
DOCUMENTOS REQUERIDOS			
Documento requerido		Tipo de tercero (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	X
Para Fondos de inversión: A cambio del certificado de existencia y representación legal, incluir el documento equivalente emitido por la entidad competente que acredite 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 -. 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:						