

	FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y		
	MACROPRO		
NIT. 800.149.695-1	GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRAT		
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_8001			
IN			
Fecha de diligenciamiento*	04-03-2024	Tipo de relación comercial*	
Ejerce la actividad inmobiliaria o de arrendamiento de bienes propios o de terceros, como actividad mercantil*			
Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (10) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles en el mismo municipio*			
DATOS			
Nombre o Razón Social*			
MEDLINE INTERNATIONAL COLOMBIA S.A.S			
Tipo de identificación*		sin dígito de verificación*	Dirección sede
NIT	No.	9015104167	Carrera KR
País*		Departamento*	
Colombia		Bogotá, distrito capital	
Prefijo país*	Teléfono*		Celular / Fax*
57	6016341501		3115477361
Tipo de Contrato		Escribalo aquí	Actúa como mandatario*
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de identificación*
			Seleccione una de las opcion
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de identificación*
			Seleccione una de las opcion
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de identificación*
			Seleccione una de las opcion
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de identificación*
			Cédula de Ciudadanía
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 inmo			
Ciudad (donde se presta el servicio o se realiza la compra)*		Código CIU de la actividad, bien o servicio que se pre Droguerías Cruz Verde*	
Colombia		46451	
Ingreso Ciudad			
Ingreso Ciudad			
Para ejercer su labor ¿necesita ingresar a las instalaciones de Cruz Verde?			
*Si su respuesta es positiva, adjunte la documentación descrita en el "GH-RL-AN-40 Anexo Matriz de Requisit			
Si usted es persona natural, por favor conteste las siguientes preguntas:			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?			

¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?					
Si seleccionó la opción 4. PEP por relación, por favor indique quién es la PEP					
Primer apellido*		Segundo apellido*		Nombres*	
Ingrese primer apellido		Ingrese segundo apellido		Ingrese nombres	
DATOS					
Primer apellido*				Segundo apellido*	
Manzo				Cardona	
Tipo de identificación*				Género	
Pasaporte		No.	N09057835	Masculino	
Lugar de nacimiento*					
Mexico					
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?					
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?*					
¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y una PEP?					
Si seleccionó la opción 4. PEP por relación , por favor indique quién es la PEP					
Primer apellido*		Segundo apellido*		Nombres*	
Ingrese primer apellido		Ingrese segundo apellido		Ingrese nombres	
<i>*Persona expuesta políticamente (PEP). A manera de ejemplo, se pueden catalogar como PEP aquellas personas que ocupen u ocupen vicepresidente de la república, ministros, senadores, representantes de la cámara, magistrados de las altas cortes, gobernadores, alcaldes, nivel departamental, distrital y municipal, directores de entidades descentralizadas, miembros activos de las fuerzas militares y de policía, estado de orden nacional, departamental y municipal, miembros afiliados a partidos políticos, personas con ejercicio en las artes (irteatro, etc.), con ejercicio en la farándula (actores, modelos, reinas de belleza, presentadores de televisión, diseñadores, estilistas, etc.), con Lo descrito anteriormente no es taxativo.</i>					
Identificación de los miembros de la junta Directiva					
No.	Tipo de ID	Número de ID	Nombre Completo	¿Es usted una PEP?	¿Cuál?*
1	Pasaporte	AY172347	ERNIE ROY PHILIP	No	
2	Pasaporte	A14282853	ALEXANDER MIKHAIL LIBERM	No	
3	Pasaporte	N09057835	AGUSTIN MANZO CARDONA	No	
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*			
MARIA ISABEL DAZA			
Nombre contacto cartera y/o tesorería*			
VIDEIKA WECLH			
Término de pago (Sólo aplica para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)*			
120 DIAS			
REFERENCIAL (para proveedores por favor relacionar la c			
Entidad financiera*		Cuenta bancaria No.*	
Citibank Colombia S.A.		009080	
ÚNICA			
Naturaleza del proveedor*	Persona jurídica		
Auto retenedor	No	Resolución No.	
Sujeto a retención en la fuente	No	% de retención a aplicar	
Sujeto a retención de IVA	Si	% de retención a aplicar	19%
Sujeto a retención de ICA	No	% de retención a aplicar	
 Cruz Verde NIT. 800.149.695-1	FORMATO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y		
	MACROPRO		
	GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRAT		
Declaro expresamente que: a. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle actividad o negocio) 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. c. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla. d. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación comercial no provienen ni se destinarán a la financiación de actividades ilícitas. e. Aplicaremos y cumpliremos todos los preceptos establecidos en Colombia en materia de anticorrupción y adoptaremos todas medidas tendientes a evitar actos o conductas de corrupción y en especial de corrupción. f. Conocemos que Cruz Verde está sujeta a las disposiciones en materia de soborno transnacional (Ley 1778 de 2014) 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 contra partes, 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 Cruz Verde.			
¿Cuenta con medidas enfocadas al control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Corrupción en su organización?			
*Si su respuesta es positiva, adjunte la certificación del cumplimiento de SAGRILIFT.			
AUTORIZACIÓN			

Al firmar autorizo de manera libre, previa, expresa e inequívoca a DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S de los colaboradores, representantes legales y miembros de la junta directiva de la sociedad (ley 1581 de comercial con CRUZ VERDE, se requieran para la debida ejecución y asuntos relacionados con la misma. reporte de obligaciones tributarias, legales, y administrativas, formalización, desarrollo y ejecución de contr comunicación telefónica, correo electrónico, correspondencia física, SMS o cualquier otro medio que permit

Autorizo igualmente a que mis datos sean Transferidos y/o Transmitidos a las demás empresas relacionadas de datos personales. La mencionada Transferencia y/o Transmisión de datos personales podrá realizarse inc protección de datos equivalentes a las normas Colombianas. Igualmente, la Transferencia y /o Transmisión obra como autorización expresa. Entiendo que en el evento de Transferencia y/o Transmisión, mis Datos Pers

La información personal que suministra, circula internamente de manera restringida, y no se comparte con t fraudulento, no adecuado, o 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 supre electrónico: 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

En ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, AUTORIZO , de manera expresa, v solicitar toda la información que se refiere a nuestro comportamiento crediticio, financiero, comercial (independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen) a nuestro comportamiento e historia necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, para q

La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico a públicos, conozco plenamente.

Así mismo, con la firma del presente documento declaro que conozco los Principios Guía de Proveedores y Verde S.A.S., las políticas Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo Integral de Lavado de Activos y Finan frente a los cuales nos adherimos y garantizamos su cumplimiento durante la vigencia de los vínculos juríd S.A.S. Estos documentos pueden ser consultados en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ite

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado este documento, firmo el presente y estaré dispuesto

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 s

DOC

Documento requerido

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

Para Fondos de inversión: A cambio del certificado de existencia y representación legal, incluir el do
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)
finales que sobrepasan el 5% del capital social, por favor enviar información de las mismas - compo
identificación -.

Entiéndase como Beneficiario final, las personas naturales que son los verdaderos dueños, controlant
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
Para el caso de proveedor con cuenta bancaria en el exterior, la certificación debe contener como mínim
banco, dirección del banco, ciudad, país, código swift o ABA, nombre del proveedor y dirección de residen

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 s
Registro de Información Tributaria - RIT (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 (Apli
Verde para ejercer su labor).

Creación de clientes que sean Entes Territoriales: solo se solicitará Registro Único Tributario - RUT (en
deberá diligenciar las secciones "Información general" y "Datos del proveedor/Cliente" del presente docum

Esta información es cierta, puede ser utilizada para el proceso de actualización y es verificable en cualquier
información no diligenciada permanece vigente, en consecuencia, diligenciaré(mos) la información que ha c

Info
(exclusivo pa

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*	*Proveedor Mercaderia	

Ingrese dirección de entrevista		*Proveedor Gastos
¿Durante la realización de la entrevista encontró algo inusual o sospechoso?*	Si / No	En caso afirmativo, describa
¿Conoce personalmente al cliente o proveedor?*	Si / No	¿Hace cuánto tiempo y c conoció?*
* Campos de obligatorio diligenciamiento		
Autorización de cr (Exclusivo para ser diligenciado y f		
Área solicitante:		
Cuáles son las excepciones existentes:		
Observaciones:		

ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR	Código
CESO FINANCIERA	Fecha
IVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR	Versión

496951@dte.paperless.com.co

FORMACIÓN GENERAL		
Proveedor extranjero	Tipo de trámite*	Actualización anual solicitada por Cruz Verde
No	Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (5) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles*	No
No	Teniendo en cuenta lo anterior, es contribuyente del impuesto de industria y comercio*	Si
DEL PROVEEDOR / CLIENTE		

principal*						Domicilio legal*		
16	Seleccione una de las opciones	No.	97-46	Colombia				
Ciudad*				Actividad económica*				
Bogotá				CIU 4645, Venta de insumos medicos				
Correo electrónico para reporte de pagos*								
vwelch@medline.com								
SI	NO	X	Es mandatario con representación*			SI	NO	X
			Sin dígito de verificación*					
ies			No.	Ingrese el número de identificación				
			Sin dígito de verificación*					
ies			No.	Ingrese el número de identificación				
			Sin dígito de verificación*					
ies			No.	Ingrese el número de identificación				
			Sin dígito de verificación*					
			No.	Ingrese el número de identificación				

obiliaria, el propietario del inmueble debe diligenciar este mismo formato.

sta a	Detalle de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Verde*			
	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales			
	#N/A			
	#N/A			
Si* ☐ No ☐ X ☒				

os de Selección de Proveedores y Contratistas para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-S

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

Correo electrónico (para envío de órdenes de compra y otros)*	Teléfono*
MDAZA@MEDLINE.COM	3115477361
Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)*	Teléfono*
VWELCH@MEDLINE.COM	Ingrese número de teléfono

(Sólo para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)			
Entrega mercancía Bodega Principal			
	Si	☒	No

CIA ENTIDADES FINANCIERAS

(Cuenta que se autoriza para pagos por transferencia electrónica)

	Tipo de cuenta bancaria*	Ciudad*
2011	Corriente	Bogotá

MENTE PARA PROVEEDORES

	Fecha Res:	dd		mm		aaaa	
Tipo de Contribuyente	Régimen Común						
Declarante de renta	Régimen ordinario		Municipio	Bogotá			
Código CIU	4645						

ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR	Código
CESO FINANCIERA	Fecha
IVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR	Versión

venta de Insumos medicos

en de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.

actualizarla anualmente.

anciación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o de lavado de activos.

ción (Ley 1474 de 2011) y en ese sentido declaramos, que los directivos, funcionarios, y/o la sociedad por r privada.

de 2016) y que cuenta con lineamientos y políticas de ética y conducta en sus relaciones con terceros, a los cuales

tistas, adelante procesos de debida diligencia y auditoría (entre otros, la revisión de libros contables, registros, c

uenta la compañía.

de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/FT/FPADM dentro de su	Si*	☒	No	☐
---	-----	-------------------------------------	----	--------------------------

RATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El tratamiento de los datos personales, tendrá las siguientes finalidades: Creación y/o actualización de proveedurías, registro y control de compras y ventas, comunicaciones físicas y electrónicas derivadas de la relación comercial, para dar pronta respuesta a cualquier trámite, pago, administración y gestión de cuentas y facturación.

Con Cruz Verde, así como también a terceros contratistas que presten servicios a Cruz Verde, y que deban realizar actividades que impliquen el uso de datos personales, se compromete a no divulgar ni ceder los datos personales de los usuarios de Cruz Verde a empresas que se encuentren fuera del territorio nacional en donde las normas de protección de datos no te garanticen la misma protección. El uso de datos personales podrá realizarse a empresas que se encuentren dentro de Colombia. Para lo anterior el presente compromiso de confidencialidad y seguridad de los datos personales serán tratados bajo estrictas medidas de confidencialidad y seguridad.

erceros, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para evitar su pérdida, e

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

esión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento. En caso de un reclamo o consulta puede realizarla a

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

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

oluntaria e informada a CRUZ VERDE de tratar, procesar, verificar, transmitir, poner en circulación, consultar, di
y de servicios de los cuales somos sus titulares, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligac
l crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago y aquella que se refiera a la infor
ue dicha información sea concernida y reportada a las centrales de Riesgo.

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

del Programa de Ética y Transparencia Empresarial (PETE), incluidos sus estándares de auditoría de Droguerías y Asociación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SAGRILAF/FPADM y otros que emanen de cualquier relación comercial, contractual o de cualquier otra índole con Droguerías y Farmacias, en las Políticas de la sección de Servicio al Cliente.

a la verificación del mismo. Igualmente declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus pa

17C

Agustin Manzo Cardona

Nombre completo
Persona Natural o Representante Legal

suplente, cuento con las facultades legales y estatutarias para realizar la presente inscripción declarac
suplente).

DOCUMENTOS REQUERIDOS

	Tipo de tercero (Aplica para proveedores)	
	Persona natural	Persona jurídica
on código de verificación y donde se evidencie la última fecha	N/A	X
cumento equivalente emitido por la entidad competente que		
. Si dentro de la Composición Accionaria tienen beneficiarios sición accionaria con nombres completos, número y tipo de	N/A	X
es o quienes se benefician económicamente de un vehículo		
o aplica para Mandante(s).	X	X
no: Número de la cuenta bancaria, tipo de cuenta, nombre del cia del proveedor.		
	X	X
sea del año corriente).	X	X
	si aplica	si aplica
	X	X
	X	X
ca Si el proveedor requiere ingresar a las instalaciones de Cruz	si aplica	si aplica

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

r momento y me(nos) comprometo(emos) a actualizarla o confirmarla, a solicitud de Droguerías y Farmacias Cru
ambiado en el último año.

Formación de la entrevista
(para ser diligenciado por Cruz Verde)

Ext.*	Nombre Gerente*	Vo. Bo. Gerente		Fecha diligen
	Ingrese nombre del gerente			Fecha de dilig
		Resultado*	Fecha*	Hora

		Seleccione una opción		
¿Cómo lo encontró?	Describa lo encontrado			
¿Cómo lo conoció?	Describa brevemente hace cuánto tiempo y cómo lo conoció			

Aprobación del proveedor con excepciones (firmado por el Gerente o Subgerente del área solicitante)	
	Firma del Gerente o Subgerente

FC-FI-FO-01
27-Sep-2022
14

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

ST)".

--

--

FC-FI-FO-01
27-Sep-2022
14

ni representada,

as nos adherimos

correspondencia,

ntada y los datos
co de la relación
adores y clientes,
ercial, a través de

ar el Tratamiento
engan un nivel de
sente documento

adulteración, uso

través del correo

vulgar, reportar y
ciones dinerarias
mación personal

nes, que, por ser

/ Farmacias Cruz
r de Habeas Data
acias Cruz Verde

artes.

iones en nombre



z Verde S.A.S. La



ciamiento*

enciamiento



ente del área