

		FORMATO SOLICITUD DE INS	
NIT. 800.149.695-1		GERENCIA FINANCIERA Y AD	
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			
Fecha de diligenciamiento*		27/02/2024	Tipo de relación comerc
Ejerce la actividad inmobiliaria o de arrendamiento de bienes propios o de terceros, co mercantil*			
Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (10) contratos de arrendar uno o varios inmuebles en el mismo municipio*			
Nombre o Razón Social*			
seleccione una de las opciones			
Tipo de identificación*		sin dígito de verificación*	
NIT	No.	804016562	
País*		Departamento*	
COLOMBIA		SANTANDER	
Prefijo país*	Teléfono*		Celular / Fax*
Ingrese prefijo del	3157816568		3184118891
Tipo de Contrato		ACROPROCESO FINANCIER	Actúa como mand
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ider
			Seleccione u
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ider
			Seleccione u
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ider
			Seleccione u
Nombre o Razón Social del Mandante			Tipo de ider
			Cédula de Ci
FAVOR TENER PRESENTE:			
- Si posee Mandante(s) debe(n) diligenciar este mismo formato y entregar los documentos r			
- En caso que el contrato de arrendamiento no sea directamente con el propietario, si no a tr			
Ciudad (donde se presta el servicio o se realiza la compra)*		Código CIU de la actividad, bien o s a Droguerías Cruz Verde*	
Ingrese Ciudad			
Ingrese Ciudad			
Ingrese 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 I SST)".			
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 n

Primer apellido*			Segundo apellido	
BOLIVAR			GRIMALDOS	
Tipo de identificación*				Gé
Cédula de Ciudadanía	No.	5.606.060	Fel	
Lugar de nacimiento*				
Ingrese el lugar de nacimiento				
¿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 <u>4. PEP por relación</u>, por favor indique quién es la PEP				
Primer apellido*		Segundo apellido*		Nombres
Ingrese primer apellido		Ingrese segundo apellido		Ingrese n
<i>*Persona expuesta políticamente (PEP). A manera de ejemplo, se pueden catalogar como PEP aquellas personas de gobierno, vicepresidente de la república, ministros, senadores, representantes de la cámara, magistrados de las diferentes secretarías a nivel departamental, distrital y municipal, directores de entidades descentralizadas, tesoreros de las diferentes entidades del estado de orden nacional, departamental y municipal, miembros afiliados a la actuación, la pintura, la escultura, la escritura, etc.), con ejercicio en la farándula (actores, modelos, reinas de inscriptos en el Decreto 830 del 2021 en el artículo 2.1.4.2.3. Lo descrito anteriormente no es taxativo.</i>				
Identificación de los miembros de				
No.	Tipo de ID	Número de ID	Nombre Completo	¿Es usted una PEP?
1	Cédula de Ciudadanía	5606060	FABIO BOLIVAR GRIMALDOS	No
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
* 1. PEP Nacional 2. PEP Extranjero 3. PEP Organización Internacional 4. PEP por F				
Nombre contacto comercial*				
LEIDY BERMUDEZ QUINTERO				
Nombre contacto cartera y/o tesorería*				
REBECA NAVARRO				
Término de pago (Sólo aplica para proveedores de mercancía para la venta Cruz Verde)				
45 DIAS				

(para proveedores por favor r	
Entidad financiera*	Cuenta bancaria
Ingrese nombre de la entidad financiera	Ingre

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	Si	% de retención a aplicar
Sujeto a retención de ICA	Si	% de retención a aplicar

 Cruz Verde NIT. 800.149.695-1	FORMATO SOLICITUD DE INS	
	GERENCIA FINANCIERA Y AD	

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

c. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificad

d. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación comercial no provienen ni se

e. Aplicaremos y cumpliremos todos los preceptos establecidos en Colombia en materia d

adoptaremos todas medidas tendientes a evitar actos o conductas de corrupción y en espec

f. Conocemos que Cruz Verde está sujeta a las disposiciones en materia de soborno transn

adherimos cumpliendo los estándares de conducta requeridos para el efecto.

g. Autorizamos a Cruz Verde para que en cualquier momento, ya sea de manera direct

correspondencia, documentos legales, etc.), para verificar acciones de prevención de anticor

h. Conocemos y daremos cumplimiento al sistema/programa de Ética y transparencia empre

¿Cuenta con medidas enfocadas al control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorism

su organización?

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

AUTOR

Al firmar autorizo de manera libre, previa, expresa e inequívoca a DROGUERÍAS Y FAF

representada y los datos de los colaboradores, representantes legales y miembros de la jun

en el marco de la relación comercial con CRUZ VERDE, se requieran para la debida ej

actualización de proveedores y clientes, reporte de obligaciones tributarias, legales, y admir

derivadas de la relación comercial, a través de comunicación telefónica, correo electrónico, c

cuentas y facturación.

Autorizo igualmente a que mis datos sean Transferidos y/o Transmitidos a las demás empi

Tratamiento de datos personales. La mencionada Transferencia y/o Transmisión de datos p

no tengan un nivel de protección de datos equivalentes a las normas Colombianas. Igualm

anterior el presente documento obra como autorización expresa. Entiendo que en el evento c

La información personal que suministra, circula internamente de manera restringida, y n

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

La supresión de la información, procede cuando no preexista la finalidad para la cual se solicitó. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y corregir sus datos personales, así mismo, podrá solicitar la eliminación de la información 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.

Si requiere radicar una PQR podrá realizarla a través de la página web www.cruzverde.com.co.

En ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, AUTORIZO, de manera expresa, a la Farmacia Cruz Verde S.A.S., reportar y solicitar toda la información que se refiere a nuestro comportamiento crediticio, financiero y comercial (independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen) a nuestro comportamiento personal necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un negocio.

La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento legal vigente. Yo, el/la suscriptor/a, conozco plenamente.

Así mismo, con la firma del presente documento declaro que conozco los Principios Guía de Buenas Prácticas de Farmacias Cruz Verde S.A.S., las políticas Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo de Farmacias Cruz Verde S.A.S., el SAGRILAF/FPADM y de Habeas Data frente a los cuales nos adherimos y garantizamos el cumplimiento de los mismos. Estos documentos pueden ser consultados en la página web www.cruzverde.com.co.

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



Firma

Persona Natural o Representante Legal

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

Documento requerido

Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por cámara y comercio (no nula la fecha de renovación de matrícula mercantil).

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

Adjuntar el Certificado de Composición Accionaria y/o Junta Directiva (actualizado no más de 60 días hábiles anteriores a la fecha de emisión de la solicitud) que sobrepasan el 5% del capital social, por favor enviar información de las mismas para su identificación -.

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

Certificado de cuenta bancaria, la cual puede ser descargada del portal virtual de la entidad. Para el caso de proveedor con cuenta bancaria en el exterior, la certificación debe contener: nombre del banco, dirección del banco, ciudad, país, código swift o ABA, nombre del proveedor y número de la cuenta.

Documento de identidad del Representante Legal (debe corresponder a quien firma el formulario de solicitud).
Registro Único Tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de emisión sea posterior a la fecha de emisión de la solicitud).
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 por parte de Cruz Verde para ejercer su labor).

Creación de clientes que sean Entes Territoriales: solo se solicitará Registro Único Tributario. El solicitante deberá diligenciar las secciones "Información general" y "Datos del proveedor/contratista".

Esta información es cierta, puede ser utilizada para el proceso de actualización y es verificable por la entidad. La información no diligenciada permanece vigente, en consecuencia, diligenciaré (modificaré) la información en el momento de la actualización.

--	--	--

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/Contratista
Ingrese dirección de entrevista		*Proveedor/Contratista
¿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 lo conoce?*

*** Campos de obligatorio diligenciamiento**

		Autorización (Exclusivo para ser diligenciado por el proveedor/contratista)
--	--	---

Área solicitante:	
Cuáles son las excepciones existentes:	
Observaciones:	

DESCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR
MACROPROCESO FINANCIERA
ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR

ión de DTE es dte_8001496951@dte.paperless.com.co

INFORMACION GENERAL			
ial*	Proveedor nacional		Tipo de trámite* Creación
omo actividad	No	Posee a nivel de propietario o subarrendador, mas de cinco (5) contratos de arrendamiento sobre uno o varios inmuebles*	
nimiento sobre	No	Teniendo en cuenta lo anterior, es contribuyente del impuesto sobre industria y comercio*	
DATOS DEL PROVEEDOR / CLIENTE			

Dirección sede principal*						Domicilio legal*	
Avenida Calle AC	CALLE 53	A	No.	31#68	CALLE 53 # 31-68		
Ciudad*					Actividad económica*		
BUCARAMANGA					FABRICANTE Y DISTIRBUI		
					Correo electrónico para reporte de pagos*		
					recepccionfacturasmediplast@outlook.com		
atario*			SI	NO	X	Es mandatario con representación*	
ntificación*					Sin dígito de verificación*		
na de las opciones					No.	Ingrese el número de identificación	
ntificación*					Sin dígito de verificación*		
na de las opciones					No.	Ingrese el número de identificación	
ntificación*					Sin dígito de verificación*		
na de las opciones					No.	Ingrese el número de identificación	
ntificación*					Sin dígito de verificación*		
udadanía					No.	Ingrese el número de identificación	

queridos.

avés de una inmobiliaria, el propietario del inmueble debe diligenciar este mismo formato.

ervicio que se presta	Detalle de la actividad, bien o servicio que se presta a Droguerías Cruz Ve
	#N/A
	#N/A
	#N/A
Si*	

Matriz de Requisitos de Selección de Proveedores y Contratistas para el Sistema de Gestión de Segurid

	Si		No	X	¿Cuál?	
	Si		No	X	¿Cuál?	

,*		Tipo de identificación*	
ombres	Selecciones una de las opciones	No.	Inq

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL					
NOMBRE COMPLETO:					
DIRECCIÓN COMPLETA:					
CÓDIGO POSTAL:					
TÍTULO PROFESIONAL:					
FECHA DE FIRMA:					
FIRMA:					

do*				Nombres*		
				FABIO		
nero	Fecha nacimiento			Fecha de expedición*		Lugar de expedición*
menino	14/07/1956			26/05/1997		CAPITANJEO
	Nacionalidad*					
	Ingrese la nacionalidad					
	Si		No	X	¿Cuál?	
	Si		No	X	¿Cuál?	
	Si		No	X	¿Cuál?	

.	Tipo de identificación		
ombres	Selecciones una de las opciones	No.	In

as que ocupen u ocuparon cargos públicos importantes, así como las personas con reconocimiento público, por ejemplo: presi
 2 las altas cortes, gobernadores, alcaldes, disputados de las asambleas departamentales, concejales, ediles, directores de de
 miembros activos de las fuerzas militares y de policía en grado de oficial desde el grado de coronel e inclusive en adelante
 los a partidos políticos, personas con ejercicio en las artes (incluidos dentro de éstas, los representantes significativos de las
 belleza, presentadores de televisión, diseñadores, estilistas, etc.), con ejercicio en el deporte, las ciencias, y los representante

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

[illegible]

Relación

	Correo electrónico (para envío de órdenes de compra y otros)*	Teléfono
	VENTA@MEDIPLAST.COM.CO	3184118
	Correo electrónico (para notificar pagos y estados de cuenta)*	Teléfono
	DIRECCIONTECNICA@MEDIPLAST.COM.CO	3177985

e)*	(Sólo para proveedores de mercancía para la venta)		
	Entrega mercancía Bodega Principal		
	Si	☒	No

REFERENCIA ENTIDADES FINANCIERAS
(relacionar la cuenta que se autoriza para pagos por transferencia electrónica)

Cuenta No.*	Tipo de cuenta bancaria*	Ciudad*
Ingrese el número de cuenta bancaria	Seleccione una de las opciones	

ÚNICAMENTE PARA PROVEEDORES

	Fecha Res:	dd		mm		aaaa
3%	Tipo de Contribuyente	Régimen Común				
15%	Declarante de renta	Régimen ordinario		Municipio	B	
	Código CIU	3250				

DESCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CLIENTE Y/O PROVEEDOR
MACROPROCESO FINANCIERA
ADMINISTRATIVA / SUBDIRECCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR

MEDIPLAST SAS	
poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. de y me obligo a actualizarla anualmente. destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o de lavado de act e anticorrupción (Ley 1474 de 2011) y en ese sentido declaramos, que los directivos, funcionarios, y/ ial de corrupción privada. cional (Ley 1778 de 2016) y que cuenta con lineamientos y políticas de ética y conducta en sus relaci a o a través de contratistas, adelante procesos de debida diligencia y auditoría (entre otros, la revi rrupción y soborno transnacional. esarial con que cuenta la compañía. no y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/FT/FPADM dentro de	Si*

FORMALIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

ARMACIAS CRUZ VERDE S.A.S, en adelante CRUZ VERDE, el tratamiento de mis datos personales
ta directiva de la sociedad (ley 1581 de 2012 y ley 1266 de 2018 y demás normas que las complemen
jecución y asuntos relacionados con la misma. El tratamiento de los datos personales, tendrá las s
ministrativas, formalización, desarrollo y ejecución de contratos, registro y control de compras y ventas, cc
correspondencia física, SMS o cualquier otro medio que permita dar pronta respuesta a cualquier trámite

resas relacionadas con Cruz Verde, así como también a terceros contratistas que presten servicios a
personales podrá realizarse incluso a empresas que se encuentren fuera del territorio nacional en donde
ente, la Transferencia y /o Transmisión de datos personales podrá realizarse a empresas que se encu
de Transferencia y/o Transmisión, mis Datos Personales serán tratados bajo estrictas medidas de confic

o se comparte con terceros, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y admr

citaron los datos, y como disposición final de la información, se conservará para efectos de auditoria. á solicitar la supresión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento. En caso de un reclamo

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

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

manera expresa, voluntaria e informada a CRUZ VERDE de tratar, procesar, verificar, transmitir, poner a disposición, financiero, comercial y de servicios de los cuales somos sus titulares, referida al nacimiento, ejecución y cumplimiento e historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago y adquisición de un contrato, para que dicha información sea concernida y reportada a las centrales de Riesgo.

amiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mi

a de Proveedores y el Programa de Ética y Transparencia Empresarial (PETE), incluidos sus estándares o Integral de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas, su cumplimiento durante la vigencia de los vínculos jurídicos que emanen de cualquier relación comercial, detallados en la página web www.cruzverde.com.co dirigiéndose al ítem Políticas de la sección de Servicio al Cliente

estaré dispuesto a la verificación del mismo. Igualmente declaro que la información que he suministrado



FABIO BOLIVAR GRIMALDOS

Nombre completo
Persona Natural o Representante Legal

suplente, cuento con las facultades legales y estatutarias para realizar la presente inscripción (como representante legal principal o suplente).

DOCUMENTOS REQUERIDOS		
Documento requerido	Tipo de tercero (Aplica para proveedores)	
	Persona natural	Persona jurídica
Mayor a 60 días, con código de verificación y donde se evidencie la última actualización.	N/A	
Al, incluir el documento equivalente emitido por la entidad competente que		

por a 90 días). Si dentro de la Composición Accionaria tienen beneficiarios mas - composición accionaria con nombres completos, número y tipo de ios, controlantes o quienes se benefician económicamente de un vehículo	N/A	
ad financiera. No aplica para Mandante(s). ener como mínimo: Número de la cuenta bancaria, tipo de cuenta, nombre dirección de residencia del proveedor.	X	
rmato).	X	
ra de generación sea del año corriente).	X	
	si aplica	
	X	
	X	
ara el SG-SST (Aplica Si el proveedor requiere ingresar a las instalaciones	si aplica	

tributario - RUT (en fotocopia legible, debe estar actualizado y que la fecha de generación sea del año
Cliente" del presente documento, y debe ser firmado por el respectivo Subgerente.

able en cualquier momento y me(nos) comprometo(emos) a actualizarla o confirmarla, a solicitud de I
s) la información que ha cambiado en el último año.

Información de la entrevista (exclusivo para ser diligenciado por Cruz Verde)			
solicitante*	Ext.*	Nombre Gerente*	Vo. Bo. Gerente
o del solicitante		Ingrese nombre del gerente	
Mercaderia		Resultado*	Fecha*
Gastos		Seleccione una opción	
mativo, descríbalos*	Describa lo encontrado		
to tiempo y cómo lo	Describa brevemente hace cuánto tiempo y cómo lo conoció		

zación de creación del proveedor con excepciones (diligenciado y firmado por el Gerente o Subgerente del área solicitante)	
	Firma de

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

(5)	No
to de	Si

58 ANTIGUO CAMPESTRE

DOR DE INSUMOS MEDICOS

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

rde*

	No	
--	----	--

lad y Salud en el Trabajo (SG-

grese número de identificación

Ingrese número de identificación

Presidente de la república, jefes de estado, jefes de departamentos administrativos, directores de policía y sus cargos homólogos en otras fuerzas, y diferentes manifestaciones culturales como líderes de organizaciones religiosas y los demás

Apellido y nombre	Administra recursos públicos	Ejerce algún grado de poder público

Documento*

3891

Documento*

5964

Cruz Verde)



Ingrese la ciudad

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

tivos.
o la sociedad por mi representada,
ones con terceros, a los cuales nos
isión de libros contables, registros,

☒	No	☐
-------------------------------------	----	--------------------------



, los de la persona jurídica por mi
ten, modifiquen o reemplacen) que,
siguientes finalidades: Creación y/o
omunicaciones físicas y electrónicas
e, pago, administración y gestión de

Cruz Verde, y que deban realizar el
e las normas de protección de datos
entren dentro de Colombia. Para lo
dencialidad y seguridad.

ministrativas para evitar su pérdida,

o consulta puede realizarla a través

ante.

r en circulación, consultar, divulgar,
extinción de obligaciones dinerarias
ella que se refiera a la información

s derechos y obligaciones, que, por

lares de auditoría de Droguerías y
e Armas de Destrucción Masiva –
cial, contractual o de cualquier otra
l Cliente.

es exacta en todas sus partes.

nscripción declaraciones en nombre

ero eedores) persona jurídica	

X
X
X
X
si aplica
X
X
si aplica
corriente). El área

Droguerías y Farmacias Cruz Verde

	Fecha diligenciamiento*
	Fecha de diligenciamiento
	Hora

--

el Gerente o Subgerente del área