

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL TERCERO (persona Natural o Jurídica)

Nombre o Razón Social:

Tipo de Identificación: CC: ☐ CE: ☐ NIT: ☐ PA: ☐ PPT: ☐ CD: ☐ DE: ☐ No Identificación:

Dirección Principal: País: Ciudad:

Sitio Web: Teléfono:

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica)

Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:

Tipo de Identificación: CC: ☐ CE: ☐ NIT: ☐ PA: ☐ PPT: ☐ CD: ☐ DE: ☐ No Identificación:

2. DECLARACIONES

1. ¿Usted es una entidad pública o un servidor público? SI ☐ NO ☐
2. ¿Sus negocios regularmente los desarrolla con entidades públicas o servidores públicos? SI ☐ NO ☐
3. ¿Su empresa tiene a cargo la administración y/o destinación de recursos públicos? SI ☐ NO ☐
4. ¿Los medios de comunicación identifican a su empresa como una entidad pública o de amplio reconocimiento? SI ☐ NO ☐
5. ¿Usted o un familiar suyo ha tenido o tiene algún tipo de relación comercial, laboral, de amistad o familiar (hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil) o una actividad económica en conjunto con uno o algunos de los colaboradores, directivos, administradores, proveedores, acreedores, accionistas, aliado estratégico, aliado comercial, asesor, consultor y/o cualquier otro grupo de interés del GRUPO EMPRESARIAL OLÍMPICA? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa, indique los nombres de las personas y la relación que mantiene con ellas.

6. Detalle los bienes, servicios y/o contratos que usted o la empresa que representa presta(rá) o provee(rá) a Supertiendas y Droguerías Olímpica S.A.

7. ¿Ha tenido o tiene relación contractual con algunas de las empresas del Grupo Empresarial Olímpica o sus Compañías vinculadas o relacionadas?

SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa, indique los nombres de las empresas y el servicio o contrato

EMPRESA	BIEN, SERVICIO Y/O CONTRATO	PERIODO

Con la suscripción de este formulario declaro que la información que se ha manifestado en este documento es veraz y en ese mismo sentido asumo la responsabilidad pertinente frente a las verificaciones que de la misma haga la Compañía. Adicionalmente, acepto que, de haber incurrido en cualquier falta a la verdad, en alguna inexactitud o reticencia en la información suministrada en este formulario, se constituye una causal objetiva para dar por terminado unilateralmente la relación contractual a que haya lugar.

Firma Representante Legal
C.C.

En caso de que alguna de las declaraciones sea positiva, favor diligenciar:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS OLÍMPICA S.A.

1. El Conflicto de Interés fue comunicado a:
- Nombre: Cargo: Área:
2. Consideraciones y/o tratamiento del potencial Conflicto de Interés informado:

Nombre del responsable:

Firma del responsable:

Nota: Luego de diligenciado este espacio, el área encargada debe notificar al Oficial de Cumplimiento el tratamiento del potencial Conflicto de Interés informado

¹ **Tener en cuenta.** Son considerados:

- Parientes hasta segundo grado de consanguinidad a: Padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos.
- Parientes hasta segundo grado de afinidad: Esposa(o), Suegros y cuñados.
- Parientes primer grado civil: Padres adoptantes e hijos adoptados.