	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-SARLAFT/PADM PROCESO RIESGO Y CUMPLIMIENTO SUBPROCESO GESTIÓN DE CUMPLIMIENTO (SARLAFT/PADM/SICOF)	**CÓDIGO:** FR-004-GRI **VERSIÓN:** V4.0-2025

FECHA DE DILIGENCIAMENTO	16	1	2026	**DEPARTAMENTO**	CUNDINAMARCA	**CIUDAD**	BOGOTA

CLASE DE VINCULACIÓN					
Proveedor Asistencial		Proveedor Administrativo	X	Colaborador	

DATOS PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**
C.C.	C.E.	T.I.	OTRO			

FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TELÉFONO CELULAR**

DIRECCIÓN RESIDENCIA	

FECHA CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (DD/MM/AAAA)			DIA	MES	AÑO
TOTAL ACTIVOS		**TOTAL PASIVOS**		**TOTAL PATRIMONIO**	
INGRESOS MENSUALES		**EGRESOS MENSUALES**		**OTROS INGRESOS MENSUALES**	
ESTADO CIVIL		**CORREO ELECTRÓNICO**			

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:					
¿Maneja recursos públicos?	SI	NO	¿Tiene reconocimiento público?	SI	NO
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI	NO	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI	NO
Parenteso		Nombre		Cargo	
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				SI	NO

DATOS PERSONA JURÍDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	**NIT**	**DV**
ANNIX IMPRESORES SAS	901194571	4

TIPO DE EMPRESA			**SECTOR DE LA ECONOMÍA**	**CIIU**
PÚBLICA	PRIVADA X	MIXTA	ARTES GRAFICAS I9MPRESAS	1811

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	**TELÉFONO (S)**
CRA 69P # 70-85	3206985127

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	31	12	2024

TOTAL ACTIVOS	**TOTAL PASIVOS**	**TOTAL PATRIMONIO**	**TIENE SUCURSALES**	
229.673.414	4.101.038	225.572.376	SI	NO X

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**
NIXON	EDUVIN	AVILA	ROJAS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN					**No. IDENTIFICACIÓN**
C.C. X	C.E.	T.I.	OTRO	CUÁL	80471731

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 25% del Capital Social, Aporte o Participación.

Nombre Completo	**Tipo ID**	**Número ID**	**Participacion Accionaria (%)**	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.
NIXON EDUVIN AVILA ROJAS	CC	80471731	50	NO
KAREN SOLARTE SILVA	CC	67037061	50	NO

ELABORO/MODIFICO		**REVISÓ**	**APROBÓ**
NOMBRE	Luz Marina Duran Sanchez	Comité de Riesgos	Junta Directiva
CARGO	Oficial de Cumplimiento	Acta N°	Acta N° 171
FECHA	Agosto de 2024	Agosto de 2024	Mayo de 2025

Según el Decreto 830 de 2021, ¿usted como persona expuesta políticamente – PEP ya se encuentra registrado en el SIGEP del Departamento Administrativo de la Función Pública?	SI	NO

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES			
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	NO X	CUÁL
¿Posee productos Financieros en el Exterior?	SI	NO X	CUÁL

PRODUCTO	**NÚMERO PRODUCTO**	**MONEDA**	**MONTO**	**ENTIDAD**	**CIUDAD**	**PAÍS**

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, o antes si se modifica por lo menos un campo de informacion, en especial informacion financiera o si es juzgado por un delito. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo o Financiacion de la proliferacion de Armas de Destruccion Masiva -

LA/FT/FPADM, Corrupcion, Opacidad, Fraude, Soborno o el apoyo a actividades terroristas.

Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT/FPADM, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, soborno, fraude, opacidad o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: NEGOCIO

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

Los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente - SARLAFT/PADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiacion de la Proliferacion de Armas de Destruccion Masiva - LA/FT/FPADM.

Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

Capital Salud EPS podrá terminar unilateral e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando:

* Aparezcan vinculados y juzgados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación o delito relacionado con LA/FT/FPADM y sus delitos fuente; ademas por testaferrato, corrupcion, opacidad, fraude o soborno.

* Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016, C.E. 5-5 de 2021 - SARLAFT/PADM de la Superintendencia Nacional de Salud.

* Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiacion de la

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es veraz y exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los_____días del mes de_____del año_____, en la ciudad de_____	 FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL	 HUELLA ÍNDICE DERECHO

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No Aplica).

	ELABORO/MODIFICO	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	Luz Marina Duran Sanchez	Comité de Riesgos	Junta Directiva
CARGO	Oficial de Cumplimiento	Acta N° 28	Acta N° 171
FECHA	Agosto de 2024	Agosto de 2024	Mayo de 2025