

|                                                                                   |                                                                                |     |      |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|------|----|--|
|  | <b>REPUBLICA DEL ECUADOR</b><br><b>SUPERINTENDENCIA DE</b><br><b>COMPAÑÍAS</b> | AÑO | 2011 | N° |  |
|                                                                                   | FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS                                           |     |      |    |  |

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|                                     |         |                           |         |  |  |                      |            |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
|-------------------------------------|---------|---------------------------|---------|--|--|----------------------|------------|---|--|--------------|--|-------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL         |         | RUC                       |         |  |  |                      |            |   |  |              |  | EXPEDIENTE        |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
|                                     |         | 1 7 9 2 2 4 3 2 9 7 0 0 1 |         |  |  |                      |            |   |  |              |  | 1 2 1 1 6         |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| DALMEDSOLUTIONS ECUADOR CIA. LTDA.  |         |                           |         |  |  |                      |            |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| PROVINCIA:                          | CANTÓN: |                           | CIUDAD: |  |  |                      | PARROQUIA: |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| PICHINCHA                           | QUITO   |                           | QUITO   |  |  |                      | BENALCAZAR |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| CALLE:                              |         |                           |         |  |  | NUMERO:              |            |   |  | PISO/OFICINA |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| AV. ELOY ALFARO                     |         |                           |         |  |  | S/N                  |            |   |  | 1213         |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| INTERSECCIÓN:                       |         |                           |         |  |  | TELÉFONO 1           |            | 0 |  | 2            |  | 3                 |  | 8 |  | 2 |  | 5 |  | 0 |  | 4 |  | 2 |  |  |  |
|                                     |         |                           |         |  |  | TELÉFONO 2           |            |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
|                                     |         |                           |         |  |  | FAX                  |            |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:            |         |                           |         |  |  | CORREO ELECTRÓNICO:  |            |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| FORTUNE PLAZA                       |         |                           |         |  |  | gconde@darmed.med.ec |            |   |  |              |  |                   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:      |         |                           |         |  |  |                      |            |   |  |              |  | COD. ACT. (CIU 4) |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
| IMPORTACION Y VENTA EQUIPOS MEDICOS |         |                           |         |  |  |                      |            |   |  |              |  | G,4649,33         |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |

NOTA: 1.- El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones  
2.- Se deberá imprimir dos ejemplares del presente formulario

DECLARACION: El administrador de la compañía, declara que se responsabiliza por la veracidad de la información proporcionada en el presente formulario en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 20 y 23 de la Ley de Compañías, normada en "REGLAMENTO QUE ESTABLECE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS QUE ESTÁN OBLIGADAS A REMITIR A LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, LAS SOCIEDADES SUJETAS A SU CONTROL Y VIGILANCIA".

FECHA DE PRESENTACION:

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| AÑO | MES | DÍA |
|     |     |     |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: GRACIELA BERNAL CONDE SUZ  
Identificación: 1719408641

