

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL         |                               | RUC           | EXPEDIENTE      |           |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------|-----------|
| INSTITUTO MÉDICO VESALIUS CIA.LTDA. |                               | 1792772834001 | 307398          |           |
| NOMBRE COMERCIAL                    |                               | PROVINCIA     | CANTON          | PARROQUIA |
| GRUPOMEDICAL                        |                               | PICHINCHA     | QUITO           | QUITO     |
| CIUDADELA                           |                               | BARRIO        | CALLE           | NÚMERO    |
| .                                   |                               | Iñaquito      | Av. Eloy Alfaro | N29 235   |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                | Calle Italia                  | CONJUNTO      |                 | .         |
| EDIFICIO/C.C.                       | Edf. Fortune Plaza            | BLOQUE        |                 | .         |
| NÚMERO DE OFICINA                   | 8                             | KM            |                 | .         |
| REFERENCIA UBICACIÓN                | Diagonal a Clínica Pasteur    | CAMINO        |                 | .         |
| CASILLERO POSTAL                    |                               | TELEFONO 1    | 023801643       |           |
| CORREO ELECTRÓNICO 1                | paulinajimenez7@hotmail.com   | TELEFONO 2    | 023801643       |           |
| CORREO ELECTRÓNICO 2                | repciongrupomedical@gmail.com | CELULAR       | 0999732539      |           |
| SITIO WEB                           |                               | FAX           |                 |           |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

| PROVINCIA | PICHINCHA | CANTON | QUITO |
|-----------|-----------|--------|-------|
|-----------|-----------|--------|-------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| TIPO DE PERSONA  | PERSONA NATURAL                  |                       |                 |
|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES  | CARRERA ESTUPIÑAN WILSON ENRIQUE |                       |                 |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CEDULA                           | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1711898641      |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                       | NACIONALIDAD          | ECUADOR         |
| CARGO QUE DESEMPEÑA  | PRESIDENTE                       | PROVINCIA             | PICHINCHA       |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 7/7/17 12:00 AM                  | CANTON                | QUITO           |
|  |                                  | PARROQUIA             | QUITO           |
| CIUDADELA  | .                                | BARRIO                | COFAVI          |
| CALLE  | MANUEL RIVADENEIRA               | NÚMERO                | OE2-190         |
| INTERSECCIÓN/MANZANA   | GARCÍA MOREANO                   | CONJUNTO              | .               |
| BLOQUE   | .                                | EDIFICIO/C.C.         | .               |
| NÚMERO DE OFICINA  | .                                | KM                    | .               |
| CAMINO   | .                                | REFERENCIA UBICACIÓN  | .MADRES OBLATAS |
| CORREO ELECTRÓNICO   | paulinajimenez7@hotmail.com      | TELEFONO              | 022403377       |
|  |                                  | CELULAR               | 0979536894      |

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

|  |                                  |                       |                 |
|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------|
| TIPO DE PERSONA  | PERSONA NATURAL                  |                       |                 |
| APELLIDOS Y NOMBRES  | FLORES GUERRERO ALFONSO SANTIAGO |                       |                 |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CEDULA                           | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0801854100      |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                       | NACIONALIDAD          | ECUADOR         |
| CARGO QUE DESEMPEÑA  | GERENTE GENERAL                  | PROVINCIA             | PICHINCHA       |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 7/7/17 12:00 AM                  | CANTON                | QUITO           |
|  |                                  | PARROQUIA             | QUITO           |
| CIUDADELA  | .                                | BARRIO                | La Carolina     |
| CALLE  | ELOY ALFARO                      | NÚMERO                | N39 235         |
| INTERSECCIÓN/MANZANA   | El Telégrafo                     | CONJUNTO              | .               |
| BLOQUE   | .                                | EDIFICIO/C.C.         | .               |
| NÚMERO DE OFICINA  | .                                | KM                    |                 |
| CAMINO   | .                                | REFERENCIA UBICACIÓN  | CLINICA PASTEUR |
| CORREO ELECTRÓNICO   | repciongrupomedical@gmail.com    | TELEFONO              | 022262624       |
|  |                                  | CELULAR               | 0988151076      |

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

|  |    |    |   |
|--|----|----|---|
| ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO | SI | NO | X |
| COMPAÑÍA VENDE A CREDITO                       | SI | NO | X |
| OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS            | SI | NO | X |
| ES EMPRESA FAMILIAR                            | SI | NO | X |
| ¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?               | SI | NO | X |

Nombre: FLORES GUERRERO ALFONSO SANTIAGO  
Identificación 0801854100

REPRESENTANTE LEGAL

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.