

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                                                          |                                   |               |                    |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL                              |                                   | RUC           | EXPEDIENTE         |
| CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LATINOAMERICANA C LTDA |                                   | 0190092895001 | 30761              |
| NOMBRE COMERCIAL                                         |                                   | PROVINCIA     | PARROQUIA          |
|                                                          |                                   | AZUAY         | CUENCA             |
| CIUDADELA                                                |                                   | BARRIO        | CALLE              |
|                                                          |                                   | SAN SEBASTIAN | AV. 3 DE NOVIEMBRE |
|                                                          |                                   |               | NÚMERO             |
|                                                          |                                   |               | 3-50               |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                     | UNIDAD NACIONAL                   | CONJUNTO      |                    |
| EDIFICIO/C.C.                                            | LATINO CLINICA                    | BLOQUE        |                    |
| NÚMERO DE OFICINA                                        |                                   | KM            |                    |
| REFERENCIA UBICACIÓN                                     | JUNTO AL COLEGIO ECUADOR          | CAMINO        |                    |
| CASILLERO POSTAL                                         |                                   | TELEFONO 1    | 2844548            |
| CORREO ELECTRÓNICO 1                                     | contabilidad@latinoclinica.med.ec | TELEFONO 2    | 2838746            |
| CORREO ELECTRÓNICO 2                                     | ma.isabel.cedeno@gmail.com        | CELULAR       | 0999921674         |
| SITIO WEB                                                |                                   | FAX           | 2844548            |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

|           |       |        |        |
|-----------|-------|--------|--------|
| PROVINCIA | AZUAY | CANTON | CUENCA |
|-----------|-------|--------|--------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|                                                                |                             |                       |                          |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL             |                       |                          |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | ASTUDILLO MOLINA JOSE MARIA |                       |                          |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                      | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0101351732               |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                  | NACIONALIDAD          | ECUADOR                  |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | GERENTE GENERAL             | PROVINCIA             | AZUAY                    |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 12/22/15 12:00 AM           | CANTON                | CUENCA                   |
|                                                                |                             | PARROQUIA             | CUENCA                   |
| CIUDADELA                                                      |                             | BARRIO                |                          |
| CALLE                                                          | AV 3 DE NOVIEMBRE           | NÚMERO                | 3 50                     |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | UNIDAD NACIONAL             | CONJUNTO              |                          |
| BLOQUE                                                         |                             | EDIFICIO/C.C.         | LATINO CLINICA           |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                             | KM                    |                          |
| CAMINO                                                         |                             | REFERENCIA UBICACIÓN  | Junto al Colegio Ecuador |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | joseastu@etapanet.net       | TELEFONO              | 072839636                |
|                                                                |                             | CELULAR               | 0999609713               |

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

## 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 |

Nombre: ASTUDILLO MOLINA JOSE MARIA

Identificación 0101351732

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.