

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|  |  |               |                  |
|--|--|---------------|------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL            |  | RUC           | EXPEDIENTE       |
| DESPIERTA ECUADOR DESPERTOUR CIA.LTDA. |  | 1792859123001 | 310069           |
| NOMBRE COMERCIAL                       |  | PROVINCIA     | CANTON           |
|  |  | PICHINCHA     | QUITO            |
| CIUDADELA                              |  | BARRIO        | CALLE            |
|  |  | Villaflores   | Alonso de Angulo |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                   |  | CONJUNTO      | NÚMERO           |
| Pedro de Alfaro y psje. Juan del Salto |  | BLOQUE        | Oe1-82           |
| EDIFICIO/C.C.                          |  | KM            |                  |
| NÚMERO DE OFICINA                      |  | CAMINO        |                  |
| 1                                      |  | TELEFONO 1    | 022649924        |
| REFERENCIA UBICACIÓN                   |  | TELEFONO 2    |                  |
| Clinica DMI CENTER                     |  | CELULAR       | 0992604187       |
| CASILLERO POSTAL                       |  | FAX           |                  |
| CORREO ELECTRÓNICO 1                   |  |               |                  |
| basantes_beatriz@hotmail.com           |  |               |                  |
| CORREO ELECTRÓNICO 2                   |  |               |                  |
| despertour@outlook.com                 |  |               |                  |
| SITIO WEB                              |  |               |                  |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|   |                                     |                       |                    |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| TIPO DE PERSONA   | PERSONA NATURAL                     |                       |                    |
| APELLIDOS Y NOMBRES   | GUANO BASANTES LIZETH GABRIELA      |                       |                    |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN  | CEDULA                              | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1719087833         |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                    | INDIVIDUAL                          | NACIONALIDAD          | ECUADOR            |
| CARGO QUE DESEMPEÑA   | GERENTE GENERAL                     | PROVINCIA             | PICHINCHA          |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 4/16/18 12:00 AM                    | CANTON                | QUITO              |
|   |                                     | PARROQUIA             | QUITO              |
| CIUDADELA   |                                     | BARRIO                | VILLAFLORES        |
| CALLE   | Alonso de Angulo                    | NÚMERO                | 0                  |
| INTERSECCIÓN/MANZANA  | Pedro de Alfaro Psje Juan del Salto | CONJUNTO              |                    |
| BLOQUE  |                                     | EDIFICIO/C.C.         |                    |
| NÚMERO DE OFICINA   |                                     | KM                    |                    |
| CAMINO  |                                     | REFERENCIA UBICACIÓN  | CLINICA DMI CENTER |
| CORREO ELECTRÓNICO  | lisgaby98@gmail.com                 | TELEFONO              | 022649924          |
|   |                                     | CELULAR               | 0998286274         |

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  | BASANTES VINUEZA BEATRIZ DEL CARMEN |                       |                    |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CEDULA                              | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1710350529         |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                          | NACIONALIDAD          | ECUADOR            |
| CARGO QUE DESEMPEÑA  | PRESIDENTE                          | PROVINCIA             | PICHINCHA          |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 4/16/18 12:00 AM                    | CANTON                | QUITO              |
|  |                                     | PARROQUIA             | QUITO              |
| CIUDADELA  |                                     | BARRIO                | VILLAFLORA         |
| CALLE  | Alonso de Angulo                    | NÚMERO                | 0                  |
| INTERSECCIÓN/MANZANA   | Pedro de Alfaro Psje Juan del Salto | CONJUNTO              |                    |
| BLOQUE   |                                     | EDIFICIO/C.C.         |                    |
| NÚMERO DE OFICINA  |                                     | KM                    |                    |
| CAMINO   |                                     | REFERENCIA UBICACIÓN  | CLINICA DMI CENTER |
| CORREO ELECTRÓNICO   | basantes_beatriz@hotmail.com        | TELEFONO              | 022649924          |
|  |                                     | CELULAR               | 0992604187         |

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 | X  | NO |
| ¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?               | SI | NO | X  |

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.