



Dra. Rocío García Costales

20171701017P

# 0 3 0 6 2

PODER ESPECIAL

OTORGADO POR:

EMPRESA R.M.L. HOLDINGS, LLC

A FAVOR DE:

SRA. SANDRA HIPATIA KATZ VERGARA



CUANTÍA: INDETERMINADA

Notaría 17 JSP FACTURA No.

DI 2 COPIAS:

Copia Certificada No. 1

EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, CAPITAL DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, HOY DÍA, LUNES VEINTIUNO DE AGOSTO DEL DOS MIL DIECISIETE, ante mí, DOCTORA ROCÍO ELINA GARCÍA COSTALES, NOTARIA PÚBLICA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO, Comparece con plena capacidad, libertad y conocimiento, a la celebración de la presente escritura la empresa R.M.L. HOLDINGS, LLC (en adelante la "Compañía"), sociedad constituida y existente de acuerdo a las leyes del Estado de Indiana, Estados Unidos de América, con domicilio principal ubicado en 7969 NW 2ND ST APT 109, MIAMI FL 33126, debidamente representada en este acto por su gerente señor JORGE ENRIQUE RENDON ABRAHAMSON, a quien en adelante y para efectos de este instrumento se le podrá denominar "LA PODERDANTE". El compareciente es mayor de edad, de nacionalidad ecuatoriano, de

Notaría Décimo Séptima  
Quito, D.M.

estado civil casado, domiciliado en esta ciudad de Quito dirección: Vía Los Arrayanes, Urbanización Arrayanes, Lote 21C, Puembo, Quito, Ecuador, telf: 0997750289, mail: jrendona7@gmail.com, hábil en derecho para contratar y contraer obligaciones, a quien de conocer doy fe, en virtud de haberme exhibido sus documentos de identificación cuya copia fotostática debidamente certificada por mí, agrego a esta escritura como documento habilitante. Advertido el compareciente por mí la Notaria de los efectos y resultados de esta escritura, así como examinados que fueron en forma aislada y separada de que comparece al otorgamiento de esta escritura sin coacción, amenazas, temor reverencial, ni promesa o seducción, compareciente que autorizan la obtención de su información en el Registro Personal Único de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, de conformidad el artículo setenta y cinco de la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y datos civiles, que se agregan como documentos habilitantes, me pide que eleve a escritura pública la siguiente minuta: **SEÑOR NOTARIO:** En el registro de escrituras públicas a su cargo, sírvase incorporar una de la que conste un poder especial al tenor de las siguientes cláusulas: **PRIMERA: COMPARECIENTE.** Comparece a la celebración del presente poder especial, la empresa R.M.L. HOLDINGS, LLC (en adelante la "Compañía"), sociedad constituida y existente de acuerdo a las leyes del Estado de Indiana, Estados Unidos de América, con domicilio principal ubicado en 7969 NW 2ND ST APT 109, MIAMI FL 33126, debidamente representada en este acto por su gerente señor JORGE ENRIQUE RENDON ABRAHAMSON, a quien en adelante y para efectos de este instrumento se le podrá denominar "**LA PODERDANTE**". **SEGUNDA: ANTECEDENTES.-** LA PODERDANTE requiere otorgar un poder especial a favor de SANDRA HIPATIA KATZ VERGARA, con cédula de ciudadanía número 1708293186, legalmente residente y domiciliada en Quito, mayor de edad, estado civil casada, en adelante "**EL APODERADO**", para efectos de cumplir con lo dispuesto en el Artículo seis (6) de la Ley de Compañías del Ecuador. **TERCERA: PODER ESPECIAL.-** Con los antecedentes antes expuestos, LA PODERDANTE otorga poder especial amplio y suficiente cual en



Dra. Rocío García Costales

derecho se requiere para que EL APODERADO pueda realizar las gestiones y cumplir los encargos que más adelante se detallan, a nombre, en representación y por cuenta de la Compañía, exclusivamente en la República de Ecuador: TRES PUNTO UNO.- Actuar como apoderado de la Compañía, con facultades amplias y suficientes como lo exijan las leyes de la República del Ecuador, para realizar todos los actos y negocios jurídicos que hayan de celebrarse y surtir efectos en territorio ecuatoriano, especialmente podrán contestar demandas y cumplir con obligaciones contraídas, sin que nadie en ningún momento pueda alegar falta o indeterminación de poderes. TRES PUNTO DOS.- Representar a la Compañía, en las Juntas Generales de Socios o Accionistas de las sociedades ecuatorianas de las cuales la Compañía es socia o accionista, especialmente de las empresas ecuatorianas OMNIBUS BB TRANSPORTES S.A., CRISTALERIA DEL ECUADOR S.A CRIDESA, y ELASTO S.A., así como en cualquier otra sociedad civil, mercantil y en general negocio donde la Compañía tenga interés, acciones o participaciones; para el efecto podrán indistintamente votar, aprobar,



Notaría 17 Negar y deliberar puntos a discutirse en las Juntas Generales de Socios o Accionistas; así como cualquier otra junta o asambleas y/o directorio o junta directiva que tuvieran lugar en las sociedades civiles, compañías de responsabilidad limitada o sociedades anónimas o cualquier otra clase de empresa. Para los efectos antes previstos los apoderados podrán firmar el acta que se levante en la sesión respectiva, entendiendo aquello, como que la Compañía, aprueba y se compromete a no reclamar en lo futuro por su ausencia o impedimento en ejercicio de todos aquellos derechos inherentes a la calidad de socia o accionista que se encuentren contemplados en el Código Civil, Código de Comercio, Ley de Compañías del Ecuador y demás leyes aplicables. TRES PUNTO TRES.- Presentar toda clase de documentos o solicitudes que se requieran ante cualquier institución pública o privada, especialmente ante ministerios o secretarías de estado, entidades de control y en general instituciones de Gobierno del Ecuador, con poderes amplios y suficientes; de forma correlativa podrán así también, retirar las respuestas o certificaciones necesarias conferidas por tales instituciones o entidades.

Notaría Décimo Séptima  
Quito, D.M.

privadas o públicas. TRES PUNTO CUATRO.- Otorgar declaraciones juradas sobre los miembros, accionistas o socios de la Compañía, así como de su nacionalidad, estado civil en caso de personas naturales, dirección y lugar de residencia, número telefónico, correo electrónico y en general sobre todo aquello relacionado con la Ley Reformatoria a la Ley de Compañías, publicada en el Registro Oficial No. 591 del 15 de mayo de 2009 o cualquiera de sus reformas posteriores. TRES PUNTO CINCO.- Podrá recibir títulos de acción o certificados de participación y endosar tales instrumentos o realizar las cesiones que correspondan, ya por venta o cualquier clase de enajenación o acto de disposición de los mismos, sea por emisión de nuevos títulos, por aumentos de capital o simple canje de títulos por extravío respecto de las empresas de las cuales la Compañía es socia o accionista. Podrá igualmente firmar los talonarios o recibos que se requieran respecto de los títulos de acción o certificados de participación; así como cualquier documento que le sea instruido por escrito por el representante legal de la Compañía en torno a los títulos representativos del capital de las empresas de las que es socia o accionista la Compañía. EL APODERADO requiere autorización expresa y previa por escrito de LA PODERDANTE para vender, ceder, transferir o preñar las acciones o participaciones que sean de propiedad de LA PODERDANTE. TRES PUNTO SEIS.- Otorgar, con autorización expresa de la Compañía, a favor del abogado, poder de procuración judicial, con el derecho de subdelegar y con las facultades que crea convenientes; revocar, cuando lo estime conveniente, los poderes que haya conferido a dicho mandatario. Todas las acciones que realice EL APODERADO deberán ser dentro del marco del mejor interés de la Compañía y dentro del marco legal aplicable.

**CUARTA: EJERCICIO DE FACULTADES.** – EL APODERADO tiene absoluta discreción con relación al ejercicio de todas y cada una de las facultades que les son conferidas bajo los términos de este poder especial. **QUINTA: DELEGACIÓN.-** EL APODERADO no podrá delegar el presente poder especial a favor de terceros, ni total ni parcialmente. EL APODERADO solamente podrá otorgar carta poder o carta de autorización a favor de cierta persona para que pueda actuar a su nombre y bajo las



Dra. Rocío García Costales

facultades que le han sido conferidas respecto del encargo previsto en el numeral 3.2 de este instrumento. **SEXTA: PLAZO.-** El presente poder se confiere por tiempo indefinido; sin embargo, de lo cual, podrá terminar en cualquier momento por revocatoria de LA PODERDANTE a su solo arbitrio y voluntad o por renuncia del APODERADO. La renuncia y/o revocatoria del poder, no causará ninguna obligación de pagar indemnización alguna. Para tal efecto, EL APODERADO queda investido de las más amplias facultades para actuar, a nombre y representación de LA PODERDANTE de conformidad con el presente poder especial.- Usted, Señor Notario, se servirá agregar las demás cláusulas de estilo para la plena validez y efecto de esta clase de instrumentos. **HASTA AQUÍ LA MINUTA**, que junto con los documentos anexos y habilitantes que se incorporan, queda elevada a escritura pública con todo el valor legal; y, que el compareciente acepta en todas y cada una de sus partes, minuta que está firmada por el abogado Francisco Ortiz Pérez, afiliado al Foro de Abogados, con matrícula profesional número diecisiete – dos mil quince – mil novecientos diecisiete.



Notaría 17 Para la celebración de la presente escritura se observaron los preceptos y requisitos previstos en la Ley Notarial; y, leída que le fue al compareciente, por mí, la Notaria, se ratifica y firma conmigo en unidad de acto, quedando incorporada en el protocolo de esta Notaría, de todo lo cual doy FE.-

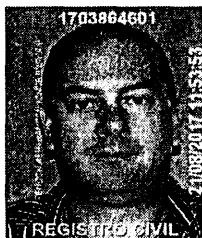
SR. JORGE ENRIQUE RENDON ABRAHAMSON  
EMPRESA R.M.L. HOLDINGS, LLC  
C.C. 1703864601

DRA. ROCÍO ELINA GARCÍA COSTALES  
NOTARIA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO

Notaría Décimo Séptima  
Quito, D.M.



## CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD



**Número único de identificación:** 1703864601

**Nombres del ciudadano:** RENDON ABRAHAMSON JORGE ENRIQUE

**Condición del cedulaado:** CIUDADANO

**Lugar de nacimiento:** ECUADOR/PICHINCHA/QUITO/SANTA PRISCA

**Fecha de nacimiento:** 2 DE DICIEMBRE DE 1971

**Nacionalidad:** ECUATORIANA

**Sexo:** HOMBRE

**Instrucción:** SUPERIOR

**Profesión:** ING.COM.MENS.ADM.FIN

**Estado Civil:** CASADO

**Cónyuge:** KATZ VERGARA SANDRA HIPATIA

**Fecha de Matrimonio:** 21 DE OCTUBRE DE 2006

**Nombres del padre:** RENDON CARLOS ENRIQUE

**Nombres de la madre:** ABRAHAMSON LILLIAN JUDITH

**Fecha de expedición:** 11 DE NOVIEMBRE DE 2010

Información certificada a la fecha: 21 DE AGOSTO DE 2017

Emisor: JORGE VINICIO SALAZAR POVEDA - PICHINCHA-QUITO-NT 17 - PICHINCHA - QUITO

N° de certificado: 176-047-04229



176-047-04229

Ing. Jorge Troya Fuertes  
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación  
**Documento firmado electrónicamente**



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL  
IDENTIFICACIÓN Y CÉDULA

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**  
**170386460-1**

**APellidos y Nombres:**  
RENDON ABRAHAMSON  
JORGE ENRIQUE

**Provincia:**  
PICHINCHA

**CANTÓN:**  
QUITO

**PARROQUIA:**  
SANTA PRISCA

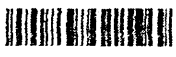
**FECHA DE NACIMIENTO:** 1971-12-02

**NACIONALIDAD:** ECUATORIANA

**SEXO:** M

**ESTADO CIVIL:** Casado

**Cónyuge:** SANDRA HIPATIA KATZ VERGARA

**INSTRUCCIÓN:** SUPERIOR

**PROFESIÓN / OCUPACIÓN:** ING. COM/MENS/ADM/FIN

**E434312222**

**APellidos y Nombres del Padre:**  
RENDON CARLOS ENRIQUE

**APellidos y Nombres de la Madre:**  
ABRAHAMSON LILLIAN JUDITH

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:**  
QUITO  
2010-11-11

**FECHA DE EXPIRACIÓN:**  
2020-11-11

*[Signature]*

*[Signature]*

**000374877**

**CERTIFICADO DE VOTACIÓN**  
ELECCIONES GENERALES 2017  
2 DE ABRIL 2017

**030**  
CÓDIGO

**030 - 322**  
NÚMERO

**1703864601**  
CÉDULA

**RENDON ABRAHAMSON JORGE ENRIQUE**  
APELLIDOS Y NOMBRES

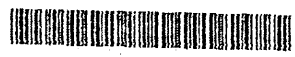
**PICHINCHA**  
PROVINCIA

**QUITO**  
CANTÓN

**INÁQUITO**  
PARROQUIA

**CIRCUNSCRIPCIÓN: 1**

**ZONA: 2**

NOTARIA DECIMO SEPTIMA DEL CANTÓN QUITO  
El presente documento se otorga en cumplimiento del Art. 1ro  
del Decreto No. 2455 del 2017, con el Registro Oficial  
No. 12 de Abril de 2017, en cumplimiento del Art. 18 de la  
Ley Electoral Orgánica, que establece que antecede a  
cada documento público, el suscrito  
Ronda,

**21 AGO. 2017**

*[Signature]*

**NOTARIA DECIMO SEPTIMA**  
Shirley y Soledad Esq.  
Calle 1000, Cuenca, C.

**CNE**  
COMISIÓN NACIONAL ELECTORAL

**ECUADOR**  
REPUBLICA DEL ECUADOR  
TRANSPARENCIA

**ELECCIONES**  
**2017**  
ELECCIONES GENERALES  
VOTACIÓN

**CIUDADANA (O):**

ESTE DOCUMENTO ACREDITA QUE USTED  
SUFRAGÓ EN LAS ELECCIONES GENERALES 2017

ESTE CERTIFICADO SIRVE PARA TODOS  
LOS TRÁMITES PÚBLICOS Y PRIVADOS

*[Signature]*

11/08/2017

*[Signature]*

*[Signature]*



Dra. Rocío García Costales

20171701017P

#02633

PROTOCOLIZACIÓN DE:

LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL (EIN) DE LA COMPAÑÍA R.M.L. HOLDINGS, LLC, JUNTO CON SU RESPECTIVA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO Y EL RECONOCIMIENTO DE FIRMA DE TRADUCTOR.

FECHA:

20 DE JULIO DEL 2017



Notaría 

CUANTÍA:

INDETERMINADA

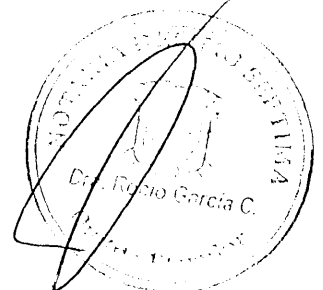
DI 2 COPIAS

JSP FACTURA No

Copia Certificada No.

1

Notaría Décimo Séptima  
Quito, D.M.



# LEXIM

abogados

Quito D.M., 20 de julio de 2017

Doctora

Rocío García Costales

**Notaria Décimo Séptima del Cantón Quito**

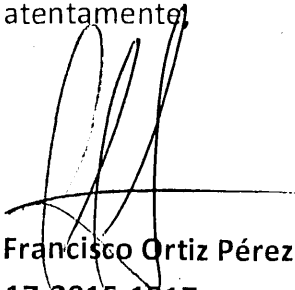
En su despacho.-

De mi consideración:

Francisco Ortiz Pérez, ecuatoriano, mayor de edad, de profesión abogado, por medio de la presente solicito a usted que de conformidad con el numeral 2 del Art. 18 de la Ley Notarial vigente, se sirva protocolizar en un solo cuerpo los documentos adjuntos relativos a la Solicitud de Número de Identificación Patronal (EIN) de la compañía R.M.L. HOLDINGS, LLC, junto con su respectiva traducción al castellano y el reconocimiento de firma de traductor.

Toda vez protocolizados los mencionados documentos, sírvase emitir DOS (2) copias certificadas del mismo.

Muy atentamente,

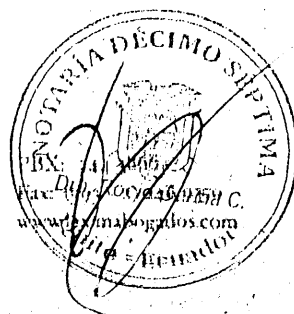


**Abg. Francisco Ortiz Pérez**

**Mat. 17-2015-1917**

**CC: 1712991924**

Av. República del Salvador 836 y Suecia  
Edif. Prisma Norte, Piso 11  
Quito - Ecuador





**SECRETARY OF STATE**  
STATE OF INDIANA

Connie Lawson  
Secretary of State

**APOSTILLE**

*(Conventions de la Haye du 5 Octobre 1961)*

1. Country: United States of America
2. This Public Document has been signed *Tess M. Gentile*
3. Acting in the capacity of notary public in & *Marion County*
4. and bears the seal/stamp of certification clerk in & for Sec. of State Office

**CERTIFIED**

5. at Indianapolis, Indiana
6. this *Twelfth* of *July*, 2017
7. by the Secretary of State of Indiana
8. No. *A2017-0712024444*
9. Seal/Stamp:
10. Signature:

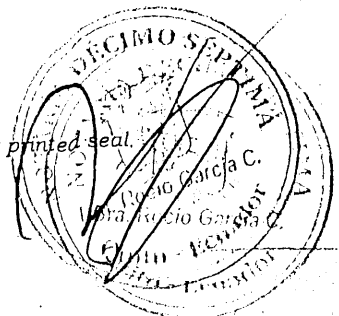


*Connie Lawson*

---

**Connie Lawson**  
Indiana Secretary of State

Effective May 1, 2003 all apostilles from the Indiana Secretary of State will have an electronically printed seal.  
This document was revised March 17, 2012.

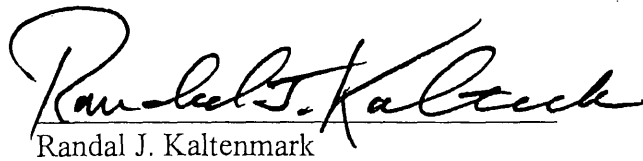


VERIFICATION OF TRUE COPY

ATTN: Indiana Secretary of State  
Authentication Department  
302 W. Washington Street, Room E-108  
Indianapolis, IN 46204

Sir or Madam:

I, Randal J. Kaltenmark, Attorney No. 19428-53, hereby certify that the attached is a true and accurate copy of the Form SS-4, Application for Employer Identification Number, for R.M.L. Holdings, LLC, executed June 7, 2017, by Jorge E. Rendón Abrahamson as Manager and Member of the Company.

  
Randal J. Kaltenmark

STATE OF INDIANA     )  
                                      ) SS:  
COUNTY OF MARION    )

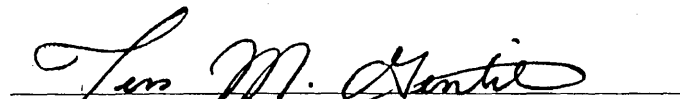
On this 12<sup>th</sup> day of July, 2017, before me, the undersigned, a Notary Public in and for the State of Indiana, duly commissioned and sworn, personally appeared Randal J. Kaltenmark and acknowledged the execution of the foregoing instrument.

IN WITNESS WHEREOF, I do hereby set my hand and notarial seal as of the 12<sup>th</sup> day of July, 2017.

My Commission Expires:

January 28, 2024



  
Notary Public residing in Marion County  
Printed Name: Tess M. Gentile

# **Application for Employer Identification Number**

(For use by employers, corporations, partnerships, trusts, estates, churches, government agencies, Indian tribal entities, certain individuals, and others.)

OMB No. 1545-0003

EIN

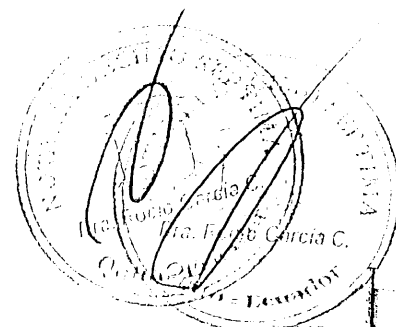
▶ See separate instructions for each line. ▶ Keep a copy for your records.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---|---|---|--|
| Type or print clearly.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested<br><b>R.M.L. Holdings, LLC</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 Trade name of business (if different from name on line 1)                                                                                                  | 3 Executor, administrator, trustee, "care of" name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4a Mailing address (room, apt., suite no. and street, or P.O. box)<br><b>7869 NW 2nd St. Apt. 109</b>                                                        | 5a Street address (if different) (Do not enter a P.O. box.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |       |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)<br><b>Miami, FL 33126</b>                                                                        | 5b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |       |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 6 County and state where principal business is located<br><b>Miami-Dade County, FL</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 7a Name of responsible party<br><b>Jorge E. Rendón Abrahamsen</b>                                                                                            | 7b SSN, ITIN, or EIN<br><b>012-84-0497</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |       |   |   |   |  |
| 8a Is this application for a limited liability company (LLC) (or a foreign equivalent)? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              | 8b If 8a is "Yes," enter the number of LLC members <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |       |   |   |   |  |
| 8c If 8a is "Yes," was the LLC organized in the United States? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 9a Type of entity (check only one box). Caution: If 8a is "Yes," see the instructions for the correct box to check.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sole proprietor (SSN) <input type="checkbox"/> Estate (SSN of decedent)<br><input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Plan administrator (TIN)<br><input type="checkbox"/> Corporation (enter form number to be filed) ▶ <input type="checkbox"/> Trust (TIN of grantor)<br><input type="checkbox"/> Personal service corporation <input type="checkbox"/> National Guard <input type="checkbox"/> State/local government<br><input type="checkbox"/> Church or church-controlled organization <input type="checkbox"/> Farmers' cooperative <input type="checkbox"/> Federal government/military<br><input type="checkbox"/> Other nonprofit organization (specify) ▶ <input type="checkbox"/> REMIC <input type="checkbox"/> Indian tribal governments/enterprises<br><input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ <b>Disregarded Entity</b> <input type="checkbox"/> Group Exemption Number (GEN) if any ▶ |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 9b If a corporation, name the state or foreign country (if applicable) where incorporated<br><b>Florida</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              | Foreign country                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 10 Reason for applying (check only one box)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Started new business (specify type) ▶ <b>Investment Holding Company</b><br><input type="checkbox"/> Hired employees (Check the box and see line 13.)<br><input type="checkbox"/> Compliance with IRS withholding regulations<br><input type="checkbox"/> Other (specify) ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Banning purpose (specify purpose) ▶<br><input type="checkbox"/> Changed type of organization (specify new type) ▶<br><input type="checkbox"/> Purchased going business<br><input type="checkbox"/> Created a trust (specify type) ▶<br><input type="checkbox"/> Created a pension plan (specify type) ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 11 Date business started or acquired (month, day, year). See instructions.<br><b>May 3, 2017</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                              | 12 Closing month of accounting year <b>December</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |       |   |   |   |  |
| 13 Highest number of employees expected in the next 12 months (enter -0- if none). If no employees expected, skip line 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              | 14 If you expect your employment tax liability to be \$1,000 or less in a full calendar year and want to file Form 944 annually instead of Forms 941 quarterly, check here. (Your employment tax liability generally will be \$1,000 or less if you expect to pay \$4,000 or less in total wages.) If you do not check this box, you must file Form 941 for every quarter. <input type="checkbox"/> |           |       |   |   |   |  |
| <table border="1"> <tr> <td>Agricultural</td> <td>Household</td> <td>Other</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              | Agricultural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Household | Other | 0 | 0 | 0 |  |
| Agricultural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Household                                                                                                                                                    | Other                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |       |   |   |   |  |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0                                                                                                                                                            | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |   |   |   |  |
| 15 First date wages or annuities were paid (month, day, year). Note: If applicant is a withholding agent, enter date income will first be paid to nonresident alien (month, day, year).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 16 Check one box that best describes the principal activity of your business.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Rental & leasing <input type="checkbox"/> Transportation & warehousing <input type="checkbox"/> Health care & social assistance <input type="checkbox"/> Wholesale-agent/broker<br><input type="checkbox"/> Real estate <input type="checkbox"/> Manufacturing <input type="checkbox"/> Finance & insurance <input type="checkbox"/> Accommodation & food service <input type="checkbox"/> Wholesale-other <input type="checkbox"/> Retail<br><input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ <b>Investment Holding Company</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 17 Indicate principal line of merchandise sold, specific construction work done, products produced, or services provided.<br><b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| 18 Has the applicant entity shown on line 1 ever applied for and received an EIN? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| If "Yes," write previous EIN here ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
| Third Party Designee                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Complete this section only if you want to authorize the named individual to receive the entity's EIN and answer questions about the completion of this form. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |       |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Designee's name<br><b>Randal J. Kahenmark, Esq., Authorized Person</b><br>Address and ZIP code<br><b>11 S. Meridian Street, Indianapolis, IN 46204</b>       | Designee's telephone number (include area code)<br><b>(317) 231-7741</b><br>Designee's fax number (include area code)<br><b>(317) 231-7433</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |           |       |   |   |   |  |
| Under penalty of perjury, I declare that I have examined this application, and in the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              | Applicant's telephone number (include area code)<br><b>954-352-3080</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |       |   |   |   |  |
| Name and title (type or print clearly) ▶ <b>Jorge E. Rendón Abrahamsen, Authorized Person</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                              | Applicant's fax number (include area code)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |       |   |   |   |  |
| Signature ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              | Date ▶ <b>June 7-2017</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |       |   |   |   |  |

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.

Cat. No. 18055N

Form SS-4 (Rev. 1-2010)



**SECRETARIA DE ESTADO  
ESTADO DE INDIANA**

(Sello del Estado de  
Indiana)  
Connie Lawson  
Secretaría de  
Estado

**APOSTILLE**

(Convención de La Haya de 5 de Octubre 1961)

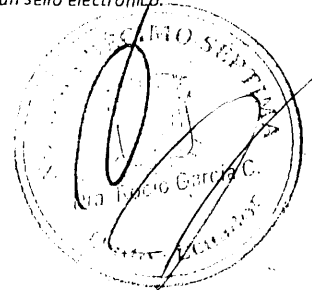
1. País: Estados Unidos de América
- Este documento público:
2. ha sido firmado por **Tess M. Gentile**
3. actuando en la capacidad de **Notaria pública, Condado de Marion**
4. lleva el sello / estampa de certificación de **La Oficina de Estado**

**CERTIFICADO**

5. en **Indianápolis, Indiana**
6. el día **12 de julio de 2017**
7. por la **Secretaría de Estado, del Estado de Indiana**
8. no. **a2017-0712024444**
9. [SELLO / ESTAMPA]
10. [FIRMA ILEGIBLE]

**Connie Lawson**  
Secretario de Estado  
Estado de Indiana

*Efectivo el 1 de mayo de 2003, todas las apostillas de la Secretaria de Estado de Indiana tendrán impreso un sello electrónico.  
Este documento fue revisado el 17 de marzo de 2012*



**VERIFICACIÓN DE FIEL COPIA**

Atención: Secretaria de Estado de Indiana  
Departamento de Autenticaciones  
302 W. Calle Washington, oficina E-108  
Indianápolis, IN 46204

Señor o Señora,

Yo, Randal J. Kaltenmark, Abogado No. 19428-53, por la presente certifico que el adjunto es una fiel y exacta copia del Formulario SS-4, Solicitud de Número de Identificación Patronal, por R.M.L. Holdings, LLC, realizado el 7 de junio de 2017, por Jorge E. Rendón Abrahamson como Gerente y Miembro de la Compañía.

(Firma ilegible)  
Randal J. Kaltenmark

ESTADO DE INDIANA )  
 ) SS:  
Condado de Marion )

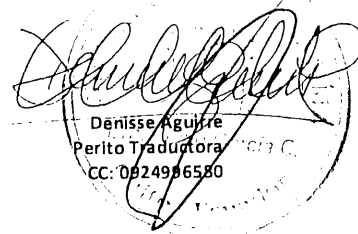
En este décimo segundo día del mes de julio de 2017, ante mí, la abajo firmante, un Notario Público en y por el Estado de Indiana, debidamente comisionado y juramentado, personalmente se presenta Randal J. Kaltenmark y reconoció la ejecución del documento que precede.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, por la presente pongo mi puño y sello notarial, en el décimo segundo día de julio de 2017.

Mi comisión expira:  
Enero 28, 2024

(firma ilegible)  
Notario Público residente en el Condado de Marion  
Nombre Impreso: Tess M. Gentile

(Sello de Notaría Pública de Indiana)



Formulario

**SS-4PR****Solicitud de Número de Identificación Patronal (EIN)**

(Para ser usado en Puerto Rico por patronos, corporaciones, sociedades colectivas, fideicomisos, caudales hereditarios, iglesias, agencias gubernamentales, entidades de tribus indígenas de los EE.UU., ciertos individuos y otros).

OMB No. 1545-0003

(Rev. marzo de 2010)

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

► Vea las instrucciones por separado para cada línea. ► Conserve una copia para sus archivos.

**EIN**

|                                            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|--------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|---|---|--|--|
| Escriba a maquinilla o con letra de molde. | 1         | Nombre legal de la entidad (o persona física) por la que se solicita un EIN<br><b>R.M.L. Holdings, LLC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3                        | Nombre del albacea, administrador, síndico o persona a cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 2         | Nombre comercial de la entidad (si es distinto al del encasillado 1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5a                       | Dirección del negocio (si es diferente) (No puede ser un apartado postal).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 4a        | Dirección postal (apartado postal, apartamento o piso). Incluya calle y núm.<br><b>7969 NW, Calle Segunda, Apto. 109</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5b                       | Ciudad, estado y código postal (ZIP) (Si es en el extranjero, vea las instrucciones).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 4b        | Ciudad, estado y código postal (ZIP) (Si es en el extranjero, vea las instrucciones).<br><b>Miami, FL 33126</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 6                        | Nombre del estado (y/o condado) donde está ubicado el negocio principal<br><b>Condado de Miami-Dade, Florida</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 7a        | Nombre de las personas o parte responsable<br><b>Jorge E. Rendón Abrahamson</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 7b                       | SSN, ITIN o EIN<br><b>012-84-9497</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 8a        | ¿Es la solicitud para una compañía de responsabilidad limitada (LLC) (o para una entidad extranjera equivalente)? <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 8b                       | Si contesta "Sí" en la línea 8a, anote el número de miembros de la LLC <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 8c        | Si contesta "Sí" en la línea 8a, ¿fue organizada la LLC en los Estados Unidos? <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 9a        | Clase de entidad (marque sólo una). Precaución: Si contestó "Sí" en la línea 8a, vea las instrucciones para saber qué encasillado marcar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            |           | <input type="checkbox"/> Dueño único (SSN) <input type="checkbox"/> Caudal hereditario (SSN del difunto)<br><input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Administrador de un plan (TIN)<br><input type="checkbox"/> Corp. (anote núm. de formulario que se radica) <input type="checkbox"/> Fideicomiso (TIN del otorgante)<br><input type="checkbox"/> Corp. de servicios personales <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/municipal<br><input type="checkbox"/> Iglesia u organización controlada por una iglesia <input type="checkbox"/> Cooperativa agrícola <input type="checkbox"/> Gobierno federal/militar<br><input type="checkbox"/> Otra organización sin fines de lucro (especifique) <input type="checkbox"/> NHIBR (REMIC) <input type="checkbox"/> Gobiernos o empresas tribales<br><input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique) ► <b>Entidad no considerada</b> Núm. de grupo de exención (NEG) si lo hay ► |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 9b        | Si es una corporación, anote el estado o el país extranjero (si corresponde) donde se incorporó ►                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Estado<br><b>Florida</b> | País extranjero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 10        | Motivo por el cual hace la solicitud (marque sólo uno).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            |           | <input checked="" type="checkbox"/> Nuevo negocio (especifique) ► <b>Sociedad de inversión</b><br><input type="checkbox"/> Contrató empleados. (Marque aquí y vea la línea 13).<br><input type="checkbox"/> Conformidad con las reglas de retención del IRS<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique) ►                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 11        | Fecha en que se estableció o adquirió el negocio (día, mes y año). Vea las instrucciones.<br><b>3 de mayo de 2017</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 12                       | Mes en el que se cierra el año contable<br><b>Diciembre</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 13        | Número máximo de empleados que espera tener en los próximos 12 meses (anote -0- si no espera tenerlos). Si no espera tener empleados, ignore la línea 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 14                       | Si espera que su obligación contributiva sobre la nómina sea \$1,000 o menos en un año natural completo y desea radicar el Formulario 944-PR anualmente en vez de radicar los Formulario 941-PR trimestralmente, marque este encasillado. (En la mayoría de los casos, su obligación contributiva sobre la nómina será \$1,000 o menos si la totalidad de los sueldos que espera pagar es \$6,536 o menos). Si no marca este encasillado, tiene que radicar el Formulario 941-PR para cada trimestre. <input type="checkbox"/> |      |   |   |   |  |  |
|                                            |           | <table border="1"> <tr> <td>Agrícola</td> <td>Doméstico</td> <td>Otro</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Agrícola                 | Doméstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Otro | 0 | 0 | 0 |  |  |
| Agrícola                                   | Doméstico | Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
| 0                                          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 15        | Fecha en que por primera vez se pagaron los salarios o anualidades (día, mes y año). Nota: Si el solicitante es un agente que hace retenciones, anote la fecha en que por primera vez se harán pagos a un extranjero no residente (día, mes y año). ►                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 16        | Marque un encasillado que mejor describa la actividad principal del negocio. <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social <input type="checkbox"/> Agente/corredor al por mayor<br><input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Alquiler y arrendamiento <input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento <input type="checkbox"/> Alojamiento y servicios de alimentación <input type="checkbox"/> Otro al por mayor <input type="checkbox"/> Ventas al detalle<br><input type="checkbox"/> Bienes raíces <input type="checkbox"/> Manufactura <input type="checkbox"/> Finanzas y seguros <input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique) <b>Sociedad de inversiones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 17        | Indique la clase principal de mercancía vendida, construcción hecha, productos elaborados o servicios provistos.<br><b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |
|                                            | 18        | ¿Solicitó y recibió anteriormente la entidad solicitante indicada en la línea 1 un número de identificación patronal? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>No</b><br>Si marcó "Sí", anote el EIN anterior aquí ►                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |   |  |  |

**Tercero Autorizado**

Complete este apartado sólo si desea autorizar a que la persona indicada reciba el EIN de la entidad y que aclare toda duda sobre la preparación de esta planilla.

Nombre del tercero autorizado

**Randall J. Kaltenmark, Esq., Persona Autorizada**

Núm. de teléfono del tercero (con código de área)

**( 317 ) 231-7741**

Dirección y código postal (ZIP)

**11 S. Calle Meridian, Indianápolis, IN 46204**

Núm. de fax del tercero (con código de área)

**( 317 ) 231-7433**

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa.

Núm. de teléfono del solicitante (incluya el código de área)

**( 954 ) 552-3060**

Nombre y cargo (escriba con letra de molde o use maquinilla)

**Jorge E. Rendón Abrahamson, Persona Autorizada**

Núm. de fax del solicitante (incluya el código de área)

**( )**

Firma ►

*Jorge E. Rendón*

Fecha ►

**11/07/2017**

Para el Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites, vea las instrucciones por separado.

Cat. No. 16064V

Formulario **SS-4PR** (Rev. 3-2010)*Jorge E. Rendón*



Factura: 001-002-000040215



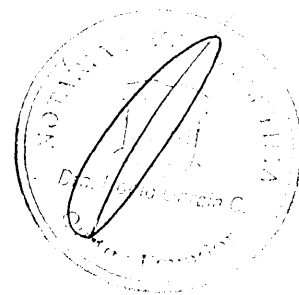
20171701017D01403

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS N° 20171701017D01403**

Ante mí, NOTARIO(A) ROCIO ELINA GARCIA COSTALES de la NOTARÍA DÉCIMA SÉPTIMA, comparece(n) DENISSE ANDREA AGUIRRE PELAEZ portador(a) de CÉDULA 0924996580 de nacionalidad ECUATORIANA, mayor(es) de edad, estado civil SOLTERO(A), domiciliado(a) en QUITO, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de TRADUCTOR(A); quien(es) declara(n) que la(s) firma(s) constante(s) en el documento que antecede, es(son) suya(s), la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus actos públicos y privados, siendo en consecuencia auténtica(s), para constancia firma(n) conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe. La presente diligencia se realiza en ejercicio de la atribución que me confiere el numeral noveno del artículo dieciocho de la Ley Notarial -. El presente reconocimiento no se refiere al contenido del documento que antecede, sobre cuyo texto esta Notaria, no asume responsabilidad alguna. – Se archiva un original. QUITO, a 20 DE JULIO DEL 2017, (11:54).

DENISSE ANDREA AGUIRRE PELAEZ  
CÉDULA: 0924996580

NOTARIO(A) ROCIO ELINA GARCIA COSTALES  
NOTARÍA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO





## CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD



**Número único de identificación:** 0924996580

**Nombres del ciudadano:** AGUIRRE PELAEZ DENISSE ANDREA

**Condición del cedulado:** CIUDADANO

**Lugar de nacimiento:** ECUADOR/GUAYAS/GUAYAQUIL/XIMENA

**Fecha de nacimiento:** 1 DE ABRIL DE 1989

**Nacionalidad:** ECUATORIANA

**Sexo:** MUJER

**Instrucción:** SUPERIOR

**Profesión:** LICENCIADA

**Estado Civil:** SOLTERO

**Cónyuge:** -----

**Fecha de Matrimonio:** -----

**Nombres del padre:** AGUIRRE LITARDO JESUS RAMON

**Nombres de la madre:** PELAEZ JEANNETT DEL CARMEN

**Fecha de expedición:** 26 DE OCTUBRE DE 2016

Información certificada a la fecha: 20 DE JULIO DE 2017

Emisor: JORGE VINICIO SALAZAR POVEDA - PICHINCHA-QUITO-NT 17 - PICHINCHA - QUITO

N° de certificado: 174-039-39710



174-039-39710

Ing. Jorge Troya Fuertes  
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación  
Documento firmado electrónicamente



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL  
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

N. 092499658-0



CÉDULA DE CIUDADANÍA  
APELLIDOS Y NOMBRES  
AGUIRRE PELAEZ DENISSE ANDREA  
LUGAR DE NACIMIENTO  
GUAYAS  
GUAYAQUIL  
XIMENA  
FECHA DE NACIMIENTO 1989-04-01  
NACIONALIDAD ECUATORIANA  
SEXO MUJER  
ESTADO CIVIL SOLTERO

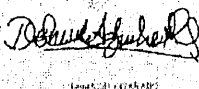


INSTRUCCIÓN SUPERIOR  
PROFESIÓN / OCUPACIÓN LICENCIADA

ES334E3344

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE  
AGUIRRE LITARDO JESUS RAMON  
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE  
PELAEZ JEANNETT DEL CARMEN  
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN  
QUITO  
2016-10-26  
FECHA DE EXPIRACIÓN  
2026-10-26

00117885

**CERTIFICADO DE VOTACIÓN**  
ELECTORES VOTANTES 2017  
2017 ABRIL 2017

001 001 - 228 0924996580  
CANTÓN NÚMERO CÉDULA

AGUIRRE PELAEZ DENISSE ANDREA  
APELLIDOS Y NOMBRES



GUAYAS PROVINCIA  
GUAYAQUIL CANTÓN  
TARQUI PARROQUIA

CIRCUNSCRIPCIÓN 3  
ZONA: 2



NOTARÍA DÉCIMO SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO  
De acuerdo con la facultad consignada en el Art. 1ro del Decreto No. 2386 publicado en el Registro Oficial 564 del 12 de Abril de 1978 y en el Art. 18 de la Ley Notarial CERTIPRO, en la copia que antecede es igual al documento presentado ante el suscrito  
Quito a,



NOTARÍA DÉCIMO SÉPTIMA  
Shyris y Suecia Esq.  
Dra. Rocio Garcia C.



Dra. Rocío García Costales

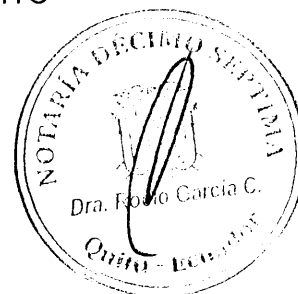
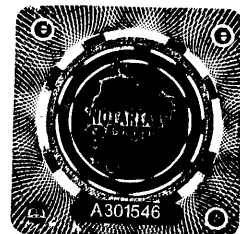
**RAZÓN DE PROTOCOLIZACIÓN.-** A petición del Abogado Francisco Ortiz Pérez, con matrícula profesional número diecisiete – dos mil quince – mil novecientos diecisiete del Foro de Abogados, en esta fecha protocolizo en el Registro de Escrituras Públicas de la Notaría actualmente a mi cargo, **LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL (EIN) DE LA COMPAÑÍA R.M.L. HOLDINGS, LLC, JUNTO CON SU RESPECTIVA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO Y EL RECONOCIMIENTO DE FIRMA DE TRADUCTOR**, que antecede, constante en OCHO FOJAS útiles.- Quito a, veinte de Julio del dos mil diecisiete. FIRMADO LA NOTARIA DOCTORA ROCÍO ELINA GARCÍA COSTALES.- (Hay un sello)

Se protocolizó ante mí, en fe de ello confiero esta PRIMERA COPIA CERTIFICADA, que la firmo y sello en la ciudad de Quito en el mismo lugar y fecha de su protocolización.-



Notaría 17

DRA. ROCÍO ELINA GARCÍA COSTALES  
NOTARIA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO



Notaría Décimo Séptima  
Quito, D.M.



Factura: 001-002-000040237



20171701017P02633

PROTOCOLIZACIÓN 20171701017P02633

PROTOCOLIZACIÓN DE DOCUMENTOS PÚBLICOS O PRIVADOS

FECHA DE OTORGAMIENTO: 20 DE JULIO DEL 2017, (16:25)

OTORGA: NOTARÍA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO

DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTO PROTOCOLIZADO: LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL (EIN) DE LA COMPAÑÍA R.M.L. HOLDINGS, LLC, JUNTO CON SU RESPECTIVA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO Y EL RECONOCIMIENTO DE FIRMA DE TRADUCTOR.

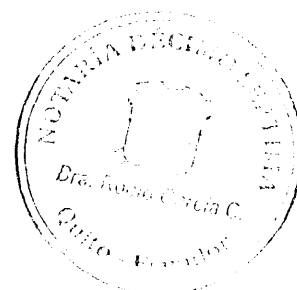
NÚMERO DE HOJAS DEL DOCUMENTO: 8

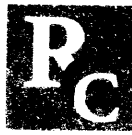
CUANTÍA: INDETERMINADA

| A PETICIÓN DE:        |                          |                        |                    |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|
| NOMBRES/RAZÓN SOCIAL  | TIPO INTERVINIENTE       | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | No. IDENTIFICACIÓN |
| ORTIZ PÉREZ FRANCISCO | POR SUS PROPIOS DERECHOS | CÉDULA                 | 1712991924         |

OBSERVACIONES:

NOTARIO(A) ROCIO ELINA GARCIA COSTALES  
NOTARÍA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO



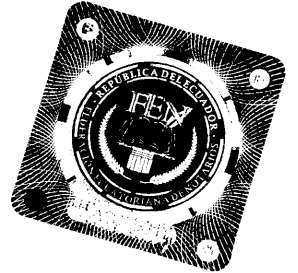


Dra. Rocío García Costales

Se otorgó, ante mí la Notaria la presente escritura pública de **PODER ESPECIAL**,  
**OTORGADO POR: EMPRESA R.M.L. HOLDINGS, LLC, A FAVOR DE: SRA.**  
**SANDRA HIPATIA KATZ VERGARA;** y, en fe de ello confiero esta PRIMERA  
COPIA CERTIFICADA, firmada y sellada en la ciudad de Quito, al veintiuno de  
agosto del dos mil diecisiete.

DRA. ROCÍO ELINA GARCÍA COSTALES

NOTARIA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO



Notaría Décimo Séptima  
Quito, D.M.



Factura: 001-002-000041406



20171701017P03062

NOTARIO(A) ROCIO ELINA GARCIA COSTALES

NOTARÍA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTON QUITO

EXTRACTO

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|--------------|------------|---------------------------|
| Escritura N°:                       | 20171701017P03062                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                        |                    |              |            |                           |
| <b>ACTO O CONTRATO:</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| PODER ESPECIAL PERSONA JURÍDICA     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| FECHA DE OTORGAMIENTO:              | 21 DE AGOSTO DEL 2017, (12:05)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                        |                    |              |            |                           |
| <b>OTORGANTES</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| <b>OTORGADO POR</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| Persona                             | Nombres/Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tipo interviniente       | Documento de identidad | No. Identificación | Nacionalidad | Calidad    | Persona que le representa |
| Natural                             | RENDON ABRAHAMSON JORGE ENRIQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | POR SUS PROPIOS DERECHOS | CÉDULA                 | 1703864601         | ECUATORIANA  | PODERDANTE |                           |
| <b>A FAVOR DE</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| Persona                             | Nombres/Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tipo interviniente       | Documento de identidad | No. Identificación | Nacionalidad | Calidad    | Persona que representa    |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| <b>UBICACIÓN</b>                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| Provincia                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cantón                   |                        |                    | Parroquia    |            |                           |
| PICHINCHA                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | QUITO                    |                        |                    | IÑAQUITO     |            |                           |
| <b>DESCRIPCIÓN DOCUMENTO:</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| OBJETO/OBSERVACIONES:               | LA EMPRESA R.M.L. HOLDINGS, LLC (EN ADELANTE LA "COMPAÑÍA"), SOCIEDAD CONSTITUIDA Y EXISTENTE DE ACUERDO A LAS LEYES DEL ESTADO DE INDIANA, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, CON DOMICILIO PRINCIPAL UBICADO EN 7969 NW 2ND ST APT 109, MIAMI FL 33126, DEBIDAMENTE REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR SU GERENTE SEÑOR JORGE ENRIQUE RENDON ABRAHAMSON, A QUIEN EN ADELANTE Y PARA EFECTOS DE ESTE INSTRUMENTO SE LE PODRÁ DENOMINAR "LA PODERDANTE". A FAVOR DE: SRA. SANDRA HIPATIA KATZ VERGARA |                          |                        |                    |              |            |                           |
| <b>CUANTÍA DEL ACTO O CONTRATO:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |
| INDETERMINADA                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                        |                    |              |            |                           |

NOTARIO(A) ROCIO ELINA GARCIA COSTALES

NOTARÍA DÉCIMA SÉPTIMA DEL CANTÓN QUITO

