

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                             |                                  |               |                     |           |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------|-----------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL |                                  | RUC           | EXPEDIENTE          |           |
| TRAUMAMED S.A.              |                                  | 1790809153001 | 45827               |           |
| NOMBRE COMERCIAL            |                                  | PROVINCIA     | CANTON              | PARROQUIA |
|                             |                                  | PICHINCHA     | QUITO               |           |
| CIUDADELA                   |                                  | BARRIO        | CALLE               | NÚMERO    |
|                             |                                  | LA GRANJA     | HERNANDO DE LA CRUZ | N32-206   |
| INTERSECCIÓN/MANZANA        | ATAHUALPA                        | CONJUNTO      |                     |           |
| EDIFICIO/C.C.               | CASA                             | BLOQUE        |                     |           |
| NÚMERO DE OFICINA           | PB                               | KM            |                     |           |
| REFERENCIA UBICACIÓN        | ESQUINA FRENTE A UNIVISA         | CAMINO        |                     |           |
| CASILLERO POSTAL            |                                  | TELEFONO 1    | 023202733           |           |
| CORREO ELECTRÓNICO 1        | traumame@traumamed.com.ec        | TELEFONO 2    | 022567357           |           |
| CORREO ELECTRÓNICO 2        | angela.villacis@traumamed.com.ec | CELULAR       | 0998955784          |           |
| SITIO WEB                   | www.traumamed.com.ec             | FAX           | 022567357           |           |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|  |                                |                       |             |
|--|--------------------------------|-----------------------|-------------|
| TIPO DE PERSONA  | PERSONA NATURAL                |                       |             |
| APELLIDOS Y NOMBRES  | ZAVALA HERNANDEZ RAFAEL MARIA  |                       |             |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CEDULA                         | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0600335095  |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                     | NACIONALIDAD          | ECUADOR     |
| CARGO QUE DESEMPEÑA  | GERENTE GENERAL                | PROVINCIA             | PICHINCHA   |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 3/13/20 12:00 AM               | CANTON                | QUITO       |
|  |                                | PARROQUIA             | QUITO       |
| CIUDADELA  | COTOCOLLAO                     | BARRIO                | EL CONDADO  |
| CALLE  | RICARDO DESCALSI               | NÚMERO                | 1047        |
| INTERSECCIÓN/MANZANA   | CALLE A1                       | CONJUNTO              |             |
| BLOQUE   |                                | EDIFICIO/C.C.         | EDIFICIO    |
| NÚMERO DE OFICINA  | 1                              | KM                    |             |
| CAMINO   |                                | REFERENCIA UBICACIÓN  | URB.CONDADO |
| CORREO ELECTRÓNICO   | rafael.zavala@traumamed.com.ec | TELEFONO              | 022498035   |
|  |                                | CELULAR               | 0998242430  |

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

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

## INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

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

Nombre: ZAVALA HERNANDEZ RAFAEL MARIA

Identificación 0600335095

REPRESENTANTE LEGAL

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