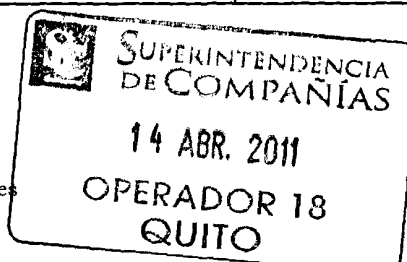


|                                                                                   |                                                                                |            |             |           |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-----------|----------------------------|
|  | <b>REPUBLICA DEL ECUADOR</b><br><b>SUPERINTENDENCIA DE</b><br><b>COMPAÑÍAS</b> | <b>AÑO</b> | <b>2010</b> | <b>N°</b> | <b>SC.NEC.47368.2010.1</b> |
|                                                                                   | FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS                                           |            |             |           |                            |

**A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA**

|                                                                |              |                                           |                  |                   |               |
|----------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|------------------|-------------------|---------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL                                    |              | RUC                                       |                  | EXPEDIENTE        |               |
| <b>B. BRAUN MEDICAL S.A.</b>                                   |              | 1 7 9 1 2 2 2 0 3 2 0 0 1 0 0 0 4 7 3 6 8 |                  |                   |               |
| PROVINCIA:                                                     | CANTÓN:      | CIUDAD:                                   | PARROQUIA:       |                   |               |
| <b>PICHINCHA</b>                                               | <b>QUITO</b> | <b>QUITO</b>                              | <b>COLLALOMA</b> |                   |               |
| CALLE:                                                         |              | NUMERO:                                   |                  | PISO/OFICINA      |               |
| <b>MANUEL AMBROSI</b>                                          |              | <b>E4-120</b>                             |                  |                   |               |
| INTERSECCIÓN:                                                  |              | TELÉFONO 1                                | 0                | 2                 | 2 4 8 1 2 0 0 |
| <b>Y LOS CIPRESES</b>                                          |              | TELÉFONO 2                                | 0                | 2                 | 2 4 8 1 1 5 0 |
|                                                                |              | FAX                                       | 0                | 2                 | 2 4 8 3 0 3 1 |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:                                       |              | CORREO ELECTRÓNICO:                       |                  |                   |               |
|                                                                |              | <b>adolfo.ramon@bbraun.com</b>            |                  |                   |               |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:                                 |              |                                           |                  | COD. ACT. (CIU 4) |               |
| <b>VENTA AL POR MAYOR Y MENOR DE ARTICULOS PARA USO MEDICO</b> |              |                                           |                  | <b>G4649.33</b>   |               |



NOTA: 1.- El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones  
2.- Se deberá imprimir dos ejemplares del presente formulario

**DECLARACION:** El administrador de la compañía, declara que se responsabiliza por la veracidad de la información proporcionada en el presente formulario en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 20 y 23 de la Ley de Compañías, normada en "REGLAMENTO QUE ESTABLECE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS QUE ESTÁN OBLIGADAS A REMITIR A LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, LAS SOCIEDADES SUJETAS A SU CONTROL Y VIGILANCIA".

FECHA DE PRESENTACION:

| AÑO  | MES | DÍA |
|------|-----|-----|
| 2011 | 0 4 | 1 4 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: **RAMON YEROVI HERNAN ADOLFO**  
Identificación: **170689085-0**