

|                                                                                   |                                                                                                                        |  |                                       |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b><br><b>SUPERINTENDENCIA DE</b><br><b>COMPAÑÍAS</b><br>FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS |  | AÑO <input type="text" value="2010"/> | N° <input type="text" value="SCNEC5321520101"/> |
|                                                                                   |                                                                                                                        |  |                                       |                                                 |

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

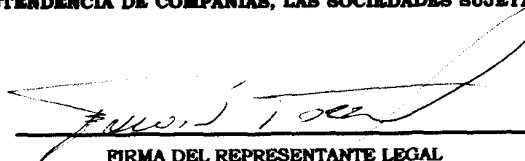
|                                               |  |                           |  |  |  |                              |  |       |  |                   |  |            |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|--|---------------------------|--|--|--|------------------------------|--|-------|--|-------------------|--|------------|--|--|--|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL                   |  | RUC                       |  |  |  |                              |  |       |  |                   |  | EXPEDIENTE |  |  |  |  |
| RTADORA DE SISTEMAS MEDICOS INSIMED CIA.      |  | 1 7 9 1 3 0 4 5 8 6 0 0 1 |  |  |  |                              |  |       |  |                   |  | 5 3 2 1 5  |  |  |  |  |
| PROVINCIA:                                    |  | CANTÓN:                   |  |  |  | CIUDAD:                      |  |       |  | PARROQUIA:        |  |            |  |  |  |  |
| PICHINCHA                                     |  | QUITO                     |  |  |  | QUITO                        |  |       |  | CHAUPICRUZ        |  |            |  |  |  |  |
| CALLE:                                        |  |                           |  |  |  | NUMERO:                      |  |       |  | PISO/OFICINA      |  |            |  |  |  |  |
| AV. NACIONES UNIDAS                           |  |                           |  |  |  | 1084                         |  |       |  | 3 PISO, OF. 309   |  |            |  |  |  |  |
| INTERSECCIÓN:                                 |  |                           |  |  |  | TELÉFONO 1                   |  | 0 2 2 |  | 4 6 4             |  | 6 2 9      |  |  |  |  |
| AV. AMAZONAS                                  |  |                           |  |  |  | TELÉFONO 2                   |  | 0 2 2 |  | 4 6 4             |  | 6 3 0      |  |  |  |  |
|                                               |  |                           |  |  |  | FAX                          |  | 0 2 2 |  | 4 6 4             |  | 6 2 9      |  |  |  |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:                      |  |                           |  |  |  | CORREO ELECTRÓNICO:          |  |       |  |                   |  |            |  |  |  |  |
| LA PROVISORA                                  |  |                           |  |  |  | ernestoparrag@uio.satnet.net |  |       |  |                   |  |            |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:                |  |                           |  |  |  |                              |  |       |  | COD. ACT. (CIU 4) |  |            |  |  |  |  |
| VENTA AL POR MAYOR Y MENOR DE EQUIPOS MEDICOS |  |                           |  |  |  |                              |  |       |  | G465994           |  |            |  |  |  |  |

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 |
| 15  | 04  | 11  |

  
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: EDWIN TORRES

Identificación: 1 7 0 4 9 1 2 4 6 6

