

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                                           |                               |               |            |
|-------------------------------------------|-------------------------------|---------------|------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL               |                               | RUC           | EXPEDIENTE |
| CENTRO DE TRAUMATOLOGIA CENTROTRAUMA S.A. |                               | 0992902507001 | 700777     |
| NOMBRE COMERCIAL                          |                               | PROVINCIA     | PARROQUIA  |
|                                           |                               | GUAYAS        | GUAYAQUIL  |
| CIUDADELA                                 |                               | BARRIO        | CALLE      |
|                                           |                               |               | CAÑAR      |
|                                           |                               |               | NÚMERO     |
|                                           |                               |               | 607        |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                      | E/ CHIMBORAZO Y CORONEL       | CONJUNTO      |            |
| EDIFICIO/C.C.                             | CLÍNICA ALCIVAR               | BLOQUE        |            |
| NÚMERO DE OFICINA                         |                               | KM            |            |
| REFERENCIA UBICACIÓN                      | CLINICA ALCIVAR               | CAMINO        |            |
| CASILLERO POSTAL                          |                               | TELEFONO 1    | 042449619  |
| CORREO ELECTRÓNICO 1                      | gguerrero@hospitalalcivar.com | TELEFONO 2    |            |
| CORREO ELECTRÓNICO 2                      | sguerrero@hospitalalcivar.com | CELULAR       | 0991456127 |
| SITIO WEB                                 |                               | FAX           |            |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

|           |        |        |           |
|-----------|--------|--------|-----------|
| PROVINCIA | GUAYAS | CANTON | GUAYAQUIL |
|-----------|--------|--------|-----------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|                                                                |                           |                       |                        |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL           |                       |                        |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | LEON SORIANO ANGELA MARIA |                       |                        |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                    | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0915890354             |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                | NACIONALIDAD          | ECUADOR                |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | PRESIDENTE                | PROVINCIA             | GUAYAS                 |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 2/3/15 12:00 AM           | CANTON                | GUAYAQUIL              |
|                                                                |                           | PARROQUIA             | GUAYAQUIL              |
| CIUDADELA                                                      |                           | BARRIO                |                        |
| CALLE                                                          | GENERAL GOMEZ             | NÚMERO                | sn                     |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | NOGUCHI                   | CONJUNTO              |                        |
| BLOQUE                                                         |                           | EDIFICIO/C.C.         | EDIFICIO EL ASTILLERO  |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                           | KM                    |                        |
| CAMINO                                                         |                           | REFERENCIA UBICACIÓN  | DIAGONAL A MARISQUERIA |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | aleon@hospitalalcivar.com | TELEFONO              | SALINAS                |
|                                                                |                           | CELULAR               | 042442983              |
|                                                                |                           |                       | 0991456126             |

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

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

|                                                                |                                      |                       |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL                      |                       |                    |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | ESCOLANO DIZ DE JIMENEZ MARIA CARMEN |                       |                    |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                               | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0907869432         |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                           | NACIONALIDAD          | ESPAÑA             |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | GERENTE GENERAL                      | PROVINCIA             | GUAYAS             |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 2/3/15 12:00 AM                      | CANTON                | GUAYAQUIL          |
|                                                                |                                      | PARROQUIA             | GUAYAQUIL          |
| CIUDADELA                                                      |                                      | BARRIO                | CENTENARIO         |
| CALLE                                                          | AV. JOSE VICENTE TRUJILLO            | NÚMERO                | sn                 |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | CALLE 2DA                            | CONJUNTO              |                    |
| BLOQUE                                                         |                                      | EDIFICIO/C.C.         |                    |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                                      | KM                    |                    |
| CAMINO                                                         |                                      | REFERENCIA UBICACIÓN  | ESQ BANCO PACIFICO |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | mescolano@gmail.com                  | TELEFONO              | 042445280          |
|                                                                |                                      | CELULAR               | 0999603804         |

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 |

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.