

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                                     |                            |                                |               |                                |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL         |                            | RUC                            | EXPEDIENTE    |                                |
| ORTHOFIT MEDICAL SUPPLIES CIA.LTDA. |                            | 1792681693001                  | 708078        |                                |
| NOMBRE COMERCIAL                    |                            | PROVINCIA                      | CANTON        | PARROQUIA                      |
| ORTHOFIT MEDICAL SUPPLIES CIA.LTDA. |                            | SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS | SANTO DOMINGO | SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS |
| CIUDADELA                           |                            | BARRIO                         | CALLE         | NÚMERO                         |
|                                     |                            |                                | Bomboli       | s/n                            |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                | Alberto Coloma             |                                | CONJUNTO      |                                |
| EDIFICIO/C.C.                       |                            |                                | BLOQUE        |                                |
| NÚMERO DE OFICINA                   |                            |                                | KM            |                                |
| REFERENCIA UBICACIÓN                | s/r                        |                                | CAMINO        |                                |
| CASILLERO POSTAL                    |                            |                                | TELEFONO 1    | 3751408                        |
| CORREO ELECTRÓNICO 1                | raul.lopez@auditool.com.ec |                                | TELEFONO 2    | 3237552                        |
| CORREO ELECTRÓNICO 2                | pao_vivanco@hotmail.com    |                                | CELULAR       | 0994312794                     |
| SITIO WEB                           |                            |                                | FAX           |                                |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

|           |                      |        |               |
|-----------|----------------------|--------|---------------|
| PROVINCIA | SANTO DOMINGO DE LOS | CANTON | SANTO DOMINGO |
|-----------|----------------------|--------|---------------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|                                                                |                               |                       |                                |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL               |                       |                                |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | VIVANCO VELEZ LIZETH PATRICIA |                       |                                |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                        | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1722289491                     |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                    | NACIONALIDAD          | ECUADOR                        |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | PRESIDENTE                    | PROVINCIA             | SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 6/10/16 12:00 AM              | CANTON                | SANTO DOMINGO                  |
|                                                                |                               | PARROQUIA             | SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS |
| CIUDADELA                                                      |                               | BARRIO                |                                |
| CALLE                                                          | Santo Domingo                 | NÚMERO                | s/n                            |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | Intersección                  | CONJUNTO              |                                |
| BLOQUE                                                         |                               | EDIFICIO/C.C.         |                                |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                               | KM                    |                                |
| CAMINO                                                         |                               | REFERENCIA UBICACIÓN  | S/R                            |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | raul.lopez.g@outlook.es       | TELEFONO              | 0994312794                     |
|                                                                |                               | CELULAR               | 3237552                        |

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                                            | VIVANCO VELEZ JOHANNA PAOLA    |                       |                                             |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                         | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1715779193                                  |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                     | NACIONALIDAD          | ECUADOR                                     |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | GERENTE GENERAL                | PROVINCIA             | PICHINCHA                                   |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 6/10/16 12:00 AM               | CANTON                | QUITO                                       |
|                                                                |                                | PARROQUIA             | CUMBAYA                                     |
| CIUDADELA                                                      | LA VICENTINA                   | BARRIO                |                                             |
| CALLE                                                          | LA CONDOMINE                   | NÚMERO                | s/n                                         |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | Y SOLANO                       | CONJUNTO              |                                             |
| BLOQUE                                                         | BLOQUE 14                      | EDIFICIO/C.C.         |                                             |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                                | KM                    |                                             |
| CAMINO                                                         |                                | REFERENCIA UBICACIÓN  | cuatro cuadras al este de la plaza de toros |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | surgicalmed_ventas@hotmail.com | TELEFONO              | 022472526                                   |
|                                                                |                                | CELULAR               | 0986756550                                  |

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 |

Nombre: VIVANCO VELEZ JOHANNA PAOLA

Identificación 1715779193

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.