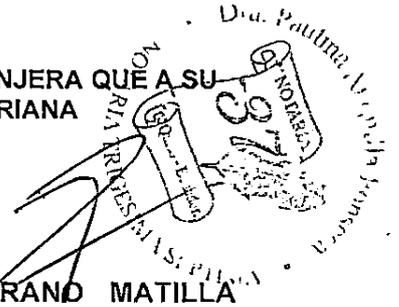


**NOMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS DE UNA COMPAÑIA EXTRANJERA QUE A SU VEZ ES SOCIA O ACCIONISTA DE COMPAÑIA ECUATORIANA**



**1. COMPAÑIA ECUATORIANA**

**NOMBRE:** Medicina Prepagada CruzBlanca S.A

**NUMERO DE EXPEDIENTE:** 92176

**NOMBRE Y CARGO DEL REPRESENTANTE LEGAL:** SERRANO MATILLA ESTHER-GERENTE GENERAL

**2. COMPAÑIA EXTRANJERA SOCIA O ACCIONISTA DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA**

**NOMBRE:** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP EN INTERVENCION

**NACIONALIDAD DE LA COMPAÑIA EXTRANJERA:** COLOMBIANA

**DOMICILIO:** BOGOTA DC, OF116-AV. CALLE 116 No. 21-37 DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

**NOTA 1.-** A este formulario se debe acompañar una certificación extendida por la autoridad competente del país de origen o Cónsul del Ecuador en la que se acredite que la sociedad en cuestión se encuentra legalmente existente en dicho país.

**3. APODERADO LOCAL DE LA COMPAÑIA EXTRANJERA SOCIA O ACCIONISTA DE LA COMPAÑIA ECUATORIANA**

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** JUAN FERNANDO MERA SAÁ

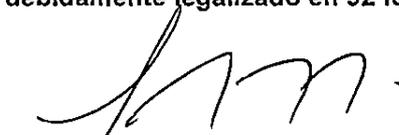
**NACIONALIDAD:** ECUATORIANA

**NUMERO DE IDENTIFICACION PERSONAL:** 171089577-0

**DOMICILIO:** QUITO – ECUADOR

**4. DATOS DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS DE LA COMPAÑIA EXTRANJERA**

La información accionaria de la compañía extranjera ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP se encuentran detallados en el documento que adjunto debidamente legalizado en 92 fojas útiles.

  
**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**  
**JUAN FERNANDO MERA SAÁ**

**NOTA 2.-** Si este formulario hubiere sido otorgado en el exterior, deberá estar autenticado por Cónsul ecuatoriano o apostillado

**FECHA DE PRESENTACION:** 2015 -06 -18  
**AÑO MES DIA**



Factura: 002-002-000012997



20151701037D08130



DILIGENCIA DE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS N° 20151701037D08130

En la ciudad de QUITO el día 23 DE JUNIO DEL 2015, (8:37) ante mí, NOTARIO(A) PAULINA ALEXANDRA AUQUILLA FONSECA de la NOTARÍA TRIGÉSIMA SÉPTIMA , concurre(n), JUAN FERNANDO MERA SAA REPRESENTANDO A SALUDCOOP, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, ORGANISMO COOPERATIVO portador(a) de la CÉDULA 1710895770, de nacionalidad ECUATORIANA estado civil CASADO(A), mayor de edad, domiciliado(a) en QUITO; quien(es) me solicita(n) que proceda a receptor su(s) firma(s) y rúbrica(s), que va(n) a suscribir al pie del presente documento , de cuyo contenido se responsabiliza(n), a fin de que sea(n) AUTENTICADA(S). Al efecto identificado(s) que fue(ron) por mí, en forma libre y voluntaria procede(n) en mí presencia a estampar su(s) firma(s) y rúbrica(s) al pie del referido documento por lo que en aplicación a lo dispuesto en el artículo 18 numeral 3 de la Ley Notarial, doy fe de que dicha(s) firma(s) y rúbrica(s) es(son) AUTÉNTICA(S). - Una copia certificada de esta diligencia queda incorporada en el libro respectivo de esta Notaría.

*[Handwritten signature]*  
NOTARIO(A) PAULINA ALEXANDRA AUQUILLA FONSECA  
NOTARÍA TRIGÉSIMA SÉPTIMA DEL CANTON QUITO

