

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DALMEDSOLUTIONS ECUADOR CIA. LTDA.		1792243297001	12116
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			ELOY ALFARO
			NÚMERO
			1114
INTERSECCIÓN/MANZANA	ITALIA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO FORTUNE PLAZA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	3-02	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA PASTEUR	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023825011
CORREO ELECTRÓNICO 1	info@dalmed.med.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	robertolarcom@hotmail.com	CELULAR	0998265487
SITIO WEB	www.dalmed.med.ec	FAX	0998265487

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CONDE SUEZ GABRIEL GERMAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1719408641
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	VENEZUELA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/19/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	COCHAPAMBA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	FRANCISCO MONTALVO	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. MARISCAL SUCRE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	RINCON DEL BOSQUE
NÚMERO DE OFICINA	704 -	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	5 CUADRAS CC. EL BOSQUE
CORREO ELECTRÓNICO	gconde@dalmed.med.ec	TELEFONO	0998265487
		CELULAR	0998265487

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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

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

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.