

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DALMEDSOLUTIONS ECUADOR CIA. LTDA.		1792243297001	12116
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ITALIA			ELOY ALFARO
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
EDIFICIO FORTUNE PLAZA			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
10-08			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			TELEFONO 1
FRENTE CLINICA PASTEUR			023825011
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 1			CELULAR
info@dalmed.med.ec			0969072635
CORREO ELECTRÓNICO 2			FAX
rlarco@dalmed.med.ec			0998265487
SITIO WEB			
www.dalmed.med.ec			

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	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	VENEZUELA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/25/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	FRANCISCO MONTALVO	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. MARISCAL SUCRE	NÚMERO	704
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	704	EDIFICIO/C.C.	RINCON DEL BOSQUE
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gconde@dalmed.med.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	5 CUADRAS CC. EL BOSQUE
		TELEFONO	0998265487
		CELULAR	0998265487

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

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.