

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

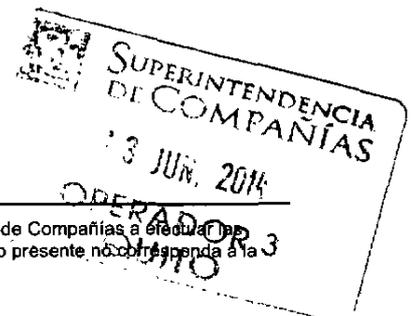
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
OCCUPATIONAL HEALTH MANAGEMENT GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD CIA. LTDA.		1792329779001	140895
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		MONTESERRIN	JULIO ARELLANO
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	PARROQUIA
LAS MALVAS			CHAUPICRUZ
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	NÚMERO
SOLANDA			N47-110
NÚMERO DE OFICINA		KM	
3			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
DOS CUADRAS AL SUR DE LA ACADEMIA USA			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	TELEFONO 2
			02244917
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	FAX
jchavez@ohm.ec			0998366072
CORREO ELECTRÓNICO 2			
galmeida@ohm.ec			
SITIO WEB			
www.ohm.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	ALMEIDA VALLE MARIA GABRIELA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714343355
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	23/04/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	LA CONCEPCIÓN
CALLE	JULIO ARELLANO	BARRIO	MONTESERRIN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	NÚMERO	N47-110
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	SOLANDA
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	galmeida@ohm.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS AL SUR DE LA ACADEMIA USA
		TELEFONO	022244917
		CELULAR	0992718379



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	X	NO	
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ALMEIDA VALLE MARIA GABRIELA
Identificación 1714343355

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.

