

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MEDICAL BONE IMPLANT CIA. LTDA. (MEDIBONE)		0992739363001	141458
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
MEDBONE		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		CHILE	JULIAN CORONEL 3008
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAMILO DESTRUGE	CONJUNTO	N/A
EDIFICIO/C.C.	N/A	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	5	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL PICANTERIA OLGUITA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2447466
CORREO ELECTRÓNICO 1	cecigarciaa@yahoo.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	medicalboneimplant@hotmail.com	CELULAR	0984888784
SITIO WEB	www.medicalboneimplant.com	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	JURADO ESPINOZA MIRIAM DEL ROCIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0913446902
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/7/11 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CHILE	NÚMERO	3008
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAMILO DESTRUGE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA BANCO SANGRE DE HOSPITAL LUIS VERNAZA
CORREO ELECTRÓNICO	miriamjuradoe@yahoo.com	TELEFONO	6028840
		CELULAR	0984888784

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	X	NO	
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.