



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DIALVIDA CENTRO DE DIALISIS CIA. LTDA.		0591723529001	143632
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		TUNGURAHUA	IZAMBA
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		YACUPAMBA	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	CIRO PEÑAHERRERA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A BODEGAS DE PINTURAS UNIDAS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	032452250
CORREO ELECTRÓNICO 1	pvillamarin@nipse.com.ec	TELEFONO 2	0979136581
CORREO ELECTRÓNICO 2	vguerra@contigo-davida.com.ec	CELULAR	0991952010
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	TUNGURAHUA	CANTON	AMBATO
------------------	------------	---------------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GUERRA FALCONI VERONICA ALEXANDRA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0502633845
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	21/12/11 12:00 AM	CANTON	LATACUNGA
		PARROQUIA	LA MATRIZ
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV. AMAZONAS	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	SECTOR EL SALTO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA A LA PLAZA EL SALTO
CORREO ELECTRÓNICO	vguerra@contigo-davida.com.ec	TELEFONO	032452250
		CELULAR	0979136581

09 MAR 2014
OPERADOR 14
0110

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: GUERRA FALCONI VERONICA ALEXANDRA

Identificación 0502633845

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.