

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
FLLAMEDICAL INTERNACIONAL CIA. LTDA.		1792368308001	146029
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
FLLAMEDICAL INTERNACIONA		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			AV. SEIS DE DICIEMBRE
INTERSECCIÓN/MANZANA		JULIO MORENO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		TORRE GRAN DERBY PISO 9 OF3	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		3	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		JUNTO A MEGAMAXI	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		mach080959@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		flamedicalinternacional@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LLERENA ERAZO JONATHAN ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0923399471
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/17/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA	URBANIZACION CAMINOS DEL RIO	BARRIO	
CALLE	CAMINOS DEL RIO	NÚMERO	S-N
INTERSECCIÓN/MANZANA	MANZANA 7	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	S-N	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	INGRESANDO POR LICEO PANAMERICANO
CORREO ELECTRÓNICO	jllerenae@hotmail.com	TELEFONO	042837573
		CELULAR	0997121227

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.