

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CITYMEDICAL IMPORTACION DE PRODUCTOS MEDICOS C.A.		1792369770001	146313
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
VERSALLES		SANTA CLARA	AV. PEREZ GUERRERO
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
DIAGONAL A LA FRUTERIA MONSERRAT			CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2524383
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	3214278
dominguezconsultores@hotmail.com		CELULAR	0995100792
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
ventas@citymedical.com			
SITIO WEB			
www.citymedical.com			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ROMERO LUCERO MARICELA NATHALY		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0401482666
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/16/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CHAUPICRUZ
CALLE	NORUEGA	BARRIO	CAROLINA
INTERSECCIÓN/MANZANA	SUIZA	NÚMERO	OE3-74
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	102	EDIFICIO/C.C.	ED. NORLAND
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@citymedical.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	AV. REPUBLICA DEL
		TELEFONO	3214278
		CELULAR	0983288535

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

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.