

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
CENTRO MUJER ECUADOR CEMUJEC CIA. LTDA.	1792373662001	146555
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
IÑAQUITO	AMERICA	VOZANDES
INTERSECCIÓN/MANZANA	AMERICA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	ANKARA MEDICAL CENTER	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	101	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO CENTRO MEDICO AXXIS	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	medical-corp@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	paolacadenagomez@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB	www.medicalcorp-ec.com	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	CADENA GOMEZ PAOLA CRYSTYNA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712163011
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE EJECUTIVO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/7/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	PONCEANO	BARRIO	CARCELEN
CALLE	CALLE 5	NÚMERO	OE3A
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRANCISCO DALMAU	CONJUNTO	LAS LOMAS
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CASA B9
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE LA AV. REAL AUDIENCIA
CORREO ELECTRÓNICO	paolacadenagomez@hotmail.com	TELEFONO	023465039
		CELULAR	0987257021

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.