

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

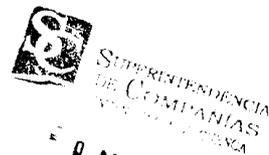
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
IMHOTEP CIA. LTDA.	0190383644001	147858	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
LABORATORIOS FARMACEUTICOS IMHOTEP	AZUAY	CUENCA	SUCRE
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
SANTA ANITA	A 3 CUADRAS DE LA VIRGEN DE BRONCE	CORNELIO MERCHAN	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	JEÛS DÁVILA	CONJUNTO	.
EDIFICIO/C.C.	DE LADRILLO VISTO	BLOQUE	.
NÚMERO DE OFICINA	.	KM	.
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A MOVISTAR	CAMINO	.
CASILLERO POSTAL	.	TELEFONO 1	4213854
CORREO ELECTRÓNICO 1	efren_albornoz@hotmail.com	TELEFONO 2	.
CORREO ELECTRÓNICO 2	.	CELULAR	0995439103
SITIO WEB	.	FAX	.

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
------------------	-------	---------------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ORTIZ ZAMORA JUAN FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0102246352
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	27/06/12 12:00 AM	CANTON	CUENCA
CIUDADELA		PARROQUIA	SUCRE
CALLE	gonzalo cordero davila	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	juan iñiguez	NÚMERO	2-59
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	joz281971@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	0984726184
		TELEFONO	2814247
		CELULAR	0984726184



Rebeca Idrovo Polo

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

X. 

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ORTIZ ZAMORA JUAN FERNANDO

Identificación 0102246352

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.