

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

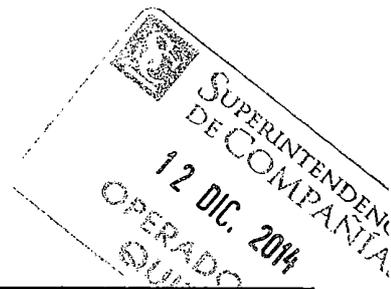
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
MUNDO SALUD SALUDGOLD CIA. LTDA.		1792381819001	147922	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
MUNDO SALUD		PICHINCHA	QUITO	BELISARIO QUEVEDO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			CUERO Y CAICEDO	OE 3-131
INTERSECCIÓN/MANZANA	AMERICA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	ED. VILLAVICENCIO	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE TRASP QUITO	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	6001234	
CORREO ELECTRÓNICO 1	dieak13@yahoo.es	TELEFONO 2	6006990	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mundosaludgold@gmail.com	CELULAR	0995946325	
SITIO WEB	www.mundosalud.com.ec	FAX	6006990	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CUENCA ANGAMARCA DIEGO ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712873700
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/11/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	EL CONDADO
CIUDADELA	LA PLANADA	BARRIO	COLINAS DEL NORTE
CALLE	OE 17	NÚMERO	19
INTERSECCIÓN/MANZANA	24	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 4 CUADRAS DE LA CASA COMUNAL
CORREO ELECTRÓNICO	dieak13@yahoo.es	TELEFONO	022295833
		CELULAR	0995946325



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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CUENCA ANGAMARCA DIEGO ALEJANDRO
Identificación 1712873700

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.

