

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
DITRIMED S.A.		1791970012001	152861	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
DITRIMED S.A.		PICHINCHA	QUITO	IÑAQUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		PRADERA	SAN SALVADOR	OE3-08
INTERSECCIÓN/MANZANA	PRADERA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	ECOMEDICA	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	4TO	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA FLACSO	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	26040193	
CORREO ELECTRÓNICO 1	v.sandoval@advancetel.com.ec	TELEFONO 2	23317030	
CORREO ELECTRÓNICO 2	v.sandoval@ditrimed.com	CELULAR	0995003382	
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	CABEZAS CABEZAS ANA MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1720578473
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/10/14 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	RUMIPAMBA
CALLE	MANUELA SAENZ	BARRIO	SAN GABRIEL
INTERSECCIÓN/MANZANA	FCO HERNANDEZ DE GIRON	NÚMERO	N35-122
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	v.sandoval@ditrimed.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE PROSONIDO
		TELEFONO	3317040
		CELULAR	0995003382

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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CABEZAS CABEZAS ANA MARIA
Identificación 1720578473

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.