

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ORTOPEDIA MEDICA ORMEDIC CIA. LTDA.		1791989651001	153562
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
PORTUGAL			CATALINA ALDAZ
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
LA SUIZA			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
302			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN		SECTOR COLEGIO BENALCAZAR	TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			3331231
CORREO ELECTRÓNICO 1		pburbano@ormedic.med.ec	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		portega@ormedic.med.ec	3331183
SITIO WEB		www.ormedic.com.ec	CELULAR
			0992799546
			FAX
			0998330485

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ORTEGA RODRIGUEZ CARLOS PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714356365
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/9/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	COTOCOLLAO	PARROQUIA	CALDERON
CALLE	MARIANO PAREDES	BARRIO	COLEGIO EINSTEIN
INTERSECCIÓN/MANZANA	MOISES LUNA ANDRADE	NÚMERO	N70-223
BLOQUE		CONJUNTO	PONCEANO
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	PORTEGA@ORMEDIC.MED.EC	REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR CLINICA TOA
		TELEFONO	2470590
		CELULAR	0998330485

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO	
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	X	NO	
¿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.