

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SALUMED S.A.		1792011523001	154638
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ABRAHAN LINCOLN		ÑAQUITO	AV 12 DE OCTUBRE
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	PARROQUIA
TORRE 1492		BLOQUE	QUITO
NÚMERO DE OFICINA		405	NÚMERO
REFERENCIA UBICACIÓN		DIAGONAL AL HOTEL QUITO	
CASILLERO POSTAL			
CORREO ELECTRÓNICO 1		guido.carrion@salumed.com.ec	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		santiago.sosa@salumed.com.ec	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			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	VINELLI AYALA JUAN ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1715064513
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/10/19 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	Vieja Hacienda	PARROQUIA	CUMBAYA
CALLE	MANUELA SAENZ	BARRIO	Cumbayá
INTERSECCIÓN/MANZANA	Marieta de Veintimilla	NÚMERO	0
BLOQUE		CONJUNTO	VIEJA HACIENDA
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	VIEJA HACIENDA
CAMINO		KM	S/N
CORREO ELECTRÓNICO	avinelli@megarmi.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Colegio Menor San Francisco de Quito
		TELEFONO	023826942
		CELULAR	0987878888

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		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.