

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

### INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL HEALTHEDITOR CIA. LTDA.	RUC 1792037751001	EXPEDIENTE 155841
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA PICHINCHA	CANTON QUITO
CIUDADELA	BARRIO Gaspar De Escalona	CALLE NÚMERO N39-83
INTERSECCIÓN/MANZANA	Granda Centeno	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	8 cuadras arriba canal 4	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1 2246475
CORREO ELECTRÓNICO 1	jprn1973@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	jprn1973@gmail.com	CELULAR 0998133492
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	LEON MEJIA PAULINA JEANNETH		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710008994
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/18/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	Granda Centeno
CALLE	Gaspar De Escalona	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	Granda Centeno	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	8 cuadras arriba canal 4
CORREO ELECTRÓNICO	juancaalvarez@healtheditor.com.ec	TELEFONO	022246475
	c	CELULAR	0998114190

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

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.