

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HEALTH FORMULATIONS HERLUY S.A.		1792052246001	156377	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
ELOY ALFARO		EL BATAN	AV. 6 DE DICIEMBRE	N33-233
INTERSECCIÓN/MANZANA	NORUEGA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	NORUEGA	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL TRIBUNAL SUPREMO ELECTORAL	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022260086	
CORREO ELECTRÓNICO 1	vital@vitalsystems.co	TELEFONO 2	046005858	
CORREO ELECTRÓNICO 2	vitalscontabilidad@gmail.com	CELULAR	0939374301	
SITIO WEB		FAX	022434676	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DE SANTIAGO RODRIGUEZ MARIA DE LA PAZ		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1715552905
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/14/14 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA	URDESA	BARRIO	
CALLE	AV LAS MONJAS	NÚMERO	106
INTERSECCIÓN/MANZANA	MANUEL RENDON	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A FYBECA DE LAS MONJAS
CORREO ELECTRÓNICO	vital@vitalsystems.co	TELEFONO	046005858
		CELULAR	0999225700

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	NO	X
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.