

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ASMEDLAB CIA. LTDA.		1792070074001	157162	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
MARIANA DE JESUS		LA GRANJA	OE7A	31-145
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
5		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022920911	
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	022920185	
cesar.mayorga@netlab.com.ec		CELULAR	0997695997	
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	02255731	
luis.narvaez@netlab.com.ec				
SITIO WEB				
www.netlab.com.ec				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VERGARA ARAQUE HUGO PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704348026
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/30/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	BELLAVISTA ALTA	PARROQUIA	QUITO
CALLE	SOTOMAYOR	BARRIO	BELLAVIST CANAL 8
INTERSECCIÓN/MANZANA	FLORES JIJON	NÚMERO	s/n
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	WELCH
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	hvergara@biodimed.com	REFERENCIA UBICACIÓN	UPC BELLAVISTA
		TELEFONO	2269455
		CELULAR	0998132223

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

Nombre: VERGARA ARAQUE HUGO PATRICIO

Identificación 1704348026

REPRESENTANTE LEGAL

---

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.