

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

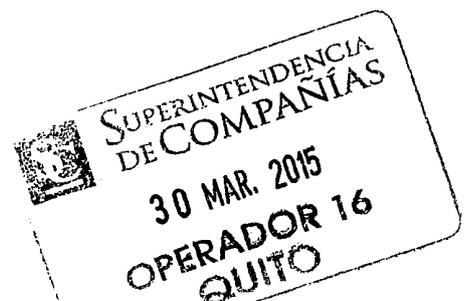
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A.		1792206979001	162635
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CONFIAMED		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
EL BATAN		BENALCAZAR	FRANCISCO CASANOVA
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	
PORTUGAL		BLOQUE	
EDIFICIO/C.C.		KM	
ALICANTE		CAMINO	
NÚMERO DE OFICINA		TELEFONO 1	023330705
PB		TELEFONO 2	
REFERENCIA UBICACIÓN		CELULAR	0997831354
DIAGONAL A LA EMBAJADA DE INDONESIA		FAX	0988551292
CASILLERO POSTAL			
CORREO ELECTRÓNICO 1			
ggallegos@confiamed.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
jproano@confiamed.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GALLEGOS VALDIVIEZO GRYSKA VALERIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709578262
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/02/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	BATAN	PARROQUIA	EL BATAN
CALLE	CASANOVA	BARRIO	EL BATAN
INTERSECCIÓN/MANZANA	PORTUGAL	NÚMERO	35-53
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	PB	EDIFICIO/C.C.	ALICANTE
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	ggallegos@confiamed.com	REFERENCIA UBICACIÓN	UNA CUADRA ANTES DE LA AV ELOY ALFARO
		TELEFONO	023330705
		CELULAR	0997831354



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: GALLEGOS VALDIVIEZO GRYSKA VALERIA
Identificación: 1709578262

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

