

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
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
LA PAZ		BARRIO	CALLE
		LA PAZ	COLINA
INTERSECCIÓN/MANZANA		AV FRANCISCO DE ORELLANA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		CONFIAMED	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		DIAGONAL A LA FARMACIA FYBECA	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		jproano@confiamed.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		jproano@confiamed.com	CELULAR
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	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	2/11/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	LA PAZ	PARROQUIA	QUITO
CALLE	LA COLINA	BARRIO	LA PAZ
INTERSECCIÓN/MANZANA	ORELLANA	NÚMERO	N26-124
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	PB	EDIFICIO/C.C.	CONFIAMED
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	ggallegos@confiamed.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA FARMACIA FYBECA
		TELEFONO	023932300
		CELULAR	0997831354

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.