

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
LABSCOTEST CIA. LTDA.		1792218780001	163593	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	JIPIJAPA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		JIPIJAPA	ISLA GENOVESA	N42-84
INTERSECCIÓN/MANZANA	TOMAS DE BERLANGA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE CINTICOMP	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022243407	
CORREO ELECTRÓNICO 1	info@labscotest.com	TELEFONO 2	026010407	
CORREO ELECTRÓNICO 2	jescobarj@hotmail.com	CELULAR	0997027170	
SITIO WEB	www.labscotest.com	FAX	022243407	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AYERVE ROJAS WLADIMIR SANTIAGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712531738
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/12/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	JIPIJAPA
CIUDADELA		BARRIO	JIPIJAPA
CALLE	ISLA GENOVESA	NÚMERO	N4282
INTERSECCIÓN/MANZANA	TOMAS DE BERLANGA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	AUNA CUADRA DE CINTICOMP
CORREO ELECTRÓNICO	info@labscotest.com	TELEFONO	022243407
		CELULAR	0997027170

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.