

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
NOVOCARE VISION CIA. LTDA.		1792399955001	164857	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
LA CAROLINA		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
LA CAROLINA		MARISCAL SUCRE	AV. ELOY ALFARO	N29 235
INTERSECCIÓN/MANZANA	ALEMANIA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	FORTUNE PLAZA EMPRESARIAL	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	1114	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA PASTEUR	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	23825036	
CORREO ELECTRÓNICO 1	egallegosgye@hotmail.com	TELEFONO 2	2075007	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mary.gallegos@novocarevision.com	CELULAR	0987421638	
SITIO WEB	www.novocarevision.com	FAX	0987421638	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CASTRO PABON EDWIN FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709770950
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/4/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	LA CAROLINA	BARRIO	LA CAROLINA
CALLE	AV. ELOY ALFARO	NÚMERO	N29 235
INTERSECCIÓN/MANZANA	ALEMANIA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	FORTUNE PLAZA
NÚMERO DE OFICINA	1114	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA PASTEUR
CORREO ELECTRÓNICO	edwinfcastro@hotmail.com	TELEFONO	3825036
		CELULAR	0998743174

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	X	NO	
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.