

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
FAUSTO MEDICOS PAZMIÑO & MENDEZ CIA. LTDA.	0691737551001	165013
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
FAUSTO MEDICOS PAZMIÑO & MENDEZ CIA LTDA	CHIMBORAZO	RIOBAMBA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	FAUSTO MOLINA	AV. LEOPOLDO FREIRE
INTERSECCIÓN/MANZANA	CONJUNTO	PARROQUIA
LISBOA		MALDONADO
EDIFICIO/C.C.	BLOQUE	NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO	
FRENTE AL MERCADO DEL SUR		
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO 1	032628164
CORREO ELECTRÓNICO 1	TELÉFONO 2	
sercontrib@hotmail.com		
CORREO ELECTRÓNICO 2	CELULAR	0983513405
SITIO WEB	FAX	032628164

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CHIMBORAZO	CANTON	RIOBAMBA
------------------	-------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL	No. DE IDENTIFICACIÓN	0101412575
APELLIDOS Y NOMBRES	PAZMIÑO NUÑEZ MANUEL	NACIONALIDAD	ECUADOR
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	PROVINCIA	CHIMBORAZO
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	CANTON	RIOBAMBA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PARROQUIA	MALDONADO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL	3/10/12 0:00	BARRIO	FAUSTO MOLINA
PERIODO DE VIGENCIA EN EL REGISTRO		NÚMERO	S/N
CIUDADELA		CONJUNTO	
CALLE	AVDA LEOPOLDO FREIRE	EDIFICIO/C.C.	
INTERSECCIÓN/MANZANA	LISBOA	KM	
BLOQUE		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A MERCADO DEL SUR
NÚMERO DE OFICINA		TELÉFONO	032628164
CAMINO	A Licto	CELULAR	0983513405
CORREO ELECTRÓNICO	sercontrib@hotmail.com		



Yo, el/la suscriptor/es, declaro la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las acciones legales correspondientes para comprobar la autenticidad de esta información y, asimismo, acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
EFECTÚA VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
EFECTÚA SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

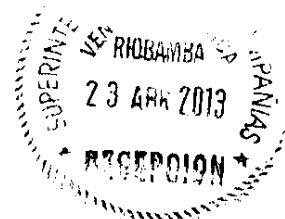
Nombre: PAZMIÑO NUÑEZ MANUEL

Identificación 0101412575

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA: El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 04/12/2012



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