

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
SERVICIOS MEDICOS DE ORTOPEDIA S.A. ORTOSERVIA		0902782612001	165177	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL	XIMENA
		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			CHIMBORAZO	3310
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAÑAR	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	TORRE MEDICA 3	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	5	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	ARRIBA DEL BANCO BOLIVARIANO	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2440634	
CORREO ELECTRÓNICO 1	insoria@hotmail.com	TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0999164264	
SITIO WEB		FAX		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PONS SANCHEZ MONTSERRAT MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0908663189
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	29/11/11 0:00	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	XIMENA
		BARRIO	
CIUDADELA		NÚMERO	3310
CALLE	CHIMBORAZO	CONJUNTO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AZUAY	EDIFICIO/C.C.	TORRE MEDICA 3
BLOQUE		KM	
NÚMERO DE OFICINA	5	REFERENCIA UBICACIÓN	ARRIBA DEL BANCO BOLIVARIANO
CAMINO		TELEFONO	2440634
CORREO ELECTRÓNICO	insoria@hotmail.com	CELULAR	0997035717



Sharyd Redruque
0909663189

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

x Montserrat de Alarcón
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
Nombre: PONS SANCHEZ MONTSERRAT MARIA
Identificación: 0909883188



FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 16/11/2012

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