

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

| | | | |
|------------------------------|--|---------------|------------------------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | EXPEDIENTE |
| ORTOPRACTIC CIA. LTDA. | | 1792420237001 | 167262 |
| NOMBRE COMERCIAL | | PROVINCIA | CANTON |
| CIUDADELA | | PICHINCHA | QUITO |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | | BARRIO | CALLE |
| AV. AMÉRICA | | AMERICA | ASUNCIÓN (CERCA DEL HOSPITAL IESS) |
| EDIFICIO/C.C. | | | CONJUNTO |
| S/N | | | BLOQUE |
| NÚMERO DE OFICINA | | | KM |
| PB | | | CAMINO |
| REFERENCIA UBICACIÓN | | | CAMINO |
| DOS CUADRAS HOSPITAL IESS | | | TELEFONO 1 |
| CASILLERO POSTAL | | | 2540805 |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | | | TELEFONO 2 |
| cecibel8@yahoo.es | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO 2 | | | CELULAR |
| contabilidad@ortopractic.com | | | 0998232774 |
| SITIO WEB | | | FAX |
| | | | 022232064 |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | JIMENEZ DAVALOS BYRON FERNANDO | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1709611709 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | GERENTE | PROVINCIA | PICHINCHA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 1/29/13 12:00 AM | CANTON | QUITO |
| CIUDADELA | | PARROQUIA | QUITO |
| CALLE | ASUNCION | BARRIO | AMERICA |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | AV. AMERICA | NÚMERO | 235 |
| BLOQUE | | CONJUNTO | |
| NÚMERO DE OFICINA | | EDIFICIO/C.C. | |
| CAMINO | | KM | |
| CORREO ELECTRÓNICO | byronjimenez@andinanet.net | REFERENCIA UBICACIÓN | A DOS CUADRAS HOSPITAL IESS |
| | | TELEFONO | 022529624 |
| | | CELULAR | 0983713794 |

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.