

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
SICREPU S.A.	0992802995001	167912	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
SICREPU	GUAYAS	GUAYAQUIL	GUAYAQUIL
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
CDLA LA GARZOTA		Cdla Garzota	SOLAR 5
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 50	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A TRES CUADRAS DE EMPRESA ELECTRICA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	0425032249
CORREO ELECTRÓNICO 1	medixcomercial@gmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	ricar155@hotmail.com	CELULAR	0958964713
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	LUZURIAGA ROMO CESAR PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0914043922
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/5/14 12:00 AM	CANTON	DAULE
		PARROQUIA	DAULE
CIUDADELA	URBANIZACIÓN LA JOYA	BARRIO	
CALLE	ETAPA DIAMANTE	NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	Mz 7	CONJUNTO	MURANO
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	VILLA 22
CAMINO	MANZANA 4	REFERENCIA UBICACIÓN	VÍA A LA AURORA, ENTRANDO POR SUPERMAXI
CORREO ELECTRÓNICO	medixcomercial@gmail.com	TELEFONO	045032249
		CELULAR	0992329506

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.