

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

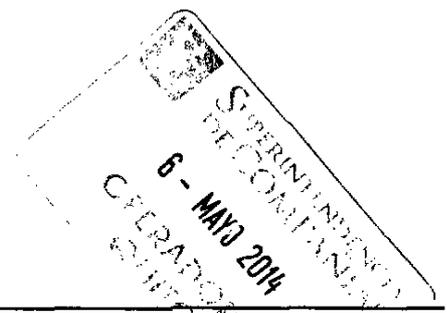
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
WOMANCARE CENTRO MÉDICO S.A.	1792425107001	188248	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA	PICHINCHA	QUITO	EL BATAN
EL BATAN	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	EL BATAN	PASAJE EL JARDIN	168
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 6 DE DICIEMBRE	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CENTURI PLAZA 1 (FRENTE AL MEGAMAXI)	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	9	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL MEGAMAXI	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023330917
CORREO ELECTRÓNICO 1	womancare.sa@gmail.com	TELEFONO 2	023330940
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0995087342
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	NOBOA MEJIA MYRIAN JUDITH		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704047750
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	25/09/13 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA	BATAN ALTO	PARROQUIA	EL BATAN
CALLE	ALBERTO GUERRERO	BARRIO	BATAN
INTERSECCIÓN/MANZANA	FEDERICO PAEZ	NÚMERO	N34-143
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	myriannoboa@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	IGLESIA DE FATIMA
		TELEFONO	022452979
		CELULAR	0997097879



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
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: NOBOA MEJIA MYRIAN JUDITH

Identificación 1704047750

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

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

