

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS**
**INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA**

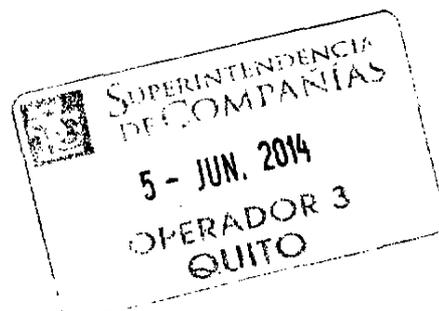
<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>EXPEDIENTE</b>
SIGMEDES SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION Y MEDICINA DE DESASTRES CIA. LTDA.		1792442109001	170129
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>PROVINCIA</b>	<b>PARROQUIA</b>
CIUDADELA		PICHINCHA	SANTA PRISCA
		<b>BARRIO</b>	<b>NÚMERO</b>
		SANTA CLARA	E3- 84
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	IGNACIO DE VEINTIMILLA	<b>CONJUNTO</b>	
<b>EDIFICIO/C.C.</b>	HOSPITAL DE CLINICAS PICHINCHA	<b>BLOQUE</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>	107	<b>KM</b>	
<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	CLÍNICA PICHINCHA	<b>CAMINO</b>	
<b>CASILLERO POSTAL</b>		<b>TELEFONO 1</b>	022529658
<b>CORREO ELECTRÓNICO 1</b>	sigmedes.consultores@hotmail.com	<b>TELEFONO 2</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO 2</b>	pajimur@gmail.com	<b>CELULAR</b>	0998385175
<b>SITIO WEB</b>	www.sigmedes.com.ec	<b>FAX</b>	

**IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL**

<b>PROVINCIA</b>	PICHINCHA	<b>CANTON</b>	QUITO
------------------	-----------	---------------	-------

**INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

<b>TIPO DE PERSONA</b>	PERSONA NATURAL		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	MOGROVEJO JARAMILLO PATRICIA EUGENIA		
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	CEDULA	<b>No. DE IDENTIFICACIÓN</b>	1706918305
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	INDIVIDUAL	<b>NACIONALIDAD</b>	ECUADOR
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	GERENTE GENERAL	<b>PROVINCIA</b>	PICHINCHA
<b>FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL</b>	5/05/14 0:00	<b>CANTON</b>	QUITO
		<b>PARROQUIA</b>	EL BATAN
<b>CIUDADELA</b>		<b>BARRIO</b>	MONTESERRIN
<b>CALLE</b>	CAMILO EGAS	<b>NÚMERO</b>	0
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	MONTESERRIN	<b>CONJUNTO</b>	
<b>BLOQUE</b>		<b>EDIFICIO/C.C.</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>		<b>KM</b>	
<b>CAMINO</b>		<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	PARQUE LOMAS DE MONTESERRIN
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	sigmedes.consultores@hotmail.co	<b>TELEFONO</b>	0998385175
		<b>CELULAR</b>	0998385175



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: MOGROVEJO JARAMILLO PATRICIA EUGENIA  
Identificación 1706918305

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 28/12/2012

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

