

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SURGMEDICAL CIA. LTDA.		1191749584001	171416
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	SANTA PRISCA
		BARRIO	NÚMERO
		VERBALES	N21103
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. PÉREZ GUERRERO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	TORRES PROFESIONALES	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	405	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	a una cuadra de la Universidad Central	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022234618
CORREO ELECTRÓNICO 1	surgimedical@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0993066764
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	CASTILLO VILLACRES MARIO DOMINGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1706868344
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	LOJA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	14/12/12 0:00	CANTON	LOJA
CIUDADELA	ZAMORA	PARROQUIA	EL SAGRARIO
CALLE	GUACHANAMA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	RODRIGO VIVAR	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	BETANIA
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	surgimedical@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A MEDIA CUADRA DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE
		TELEFONO	0993066764
		CELULAR	099306674

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	X	NO	
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CASTILLO VILLACRES MARIO DOMINGO
Identificación 1706868344

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 18/12/2012

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