

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
BIOCUPACIONAL SERVICIOS MEDICOS OCUPACIONALES CIA. LTDA.		1792454336001	171770
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		JIPIJAPA	AV. JUAN ASCARAY
			E4-86
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISLA TORTUGA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A TEVENTAS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022268805
CORREO ELECTRÓNICO 1	nlincango@biodimed.com	TELEFONO 2	022268400
CORREO ELECTRÓNICO 2	martos@biodimed.com	CELULAR	0991445681
SITIO WEB	www.biodimed.com	FAX	022268805

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VERGARA ARAQUE HUGO PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704348026
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/24/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	BELLAVISTA ALTA	BARRIO	BELLAVIST CANAL 8
CALLE	SOTOMAYOR	NÚMERO	265
INTERSECCIÓN/MANZANA	FLORES JIJON	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	WELCH
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	UPC BELLAVISTA
CORREO ELECTRÓNICO	hvergara@biodimed.com	TELEFONO	2269455
		CELULAR	0998132223

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

Nombre: VERGARA ARAQUE HUGO PATRICIO

Identificación 1704348026

REPRESENTANTE LEGAL

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.