

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	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDEDELA		BARRIO	CALLE	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	0996314513	
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 NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/24/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDEDELA	BELLAVISTA ALTA	BARRIO	BELLAVIST CANAL 8
CALLE	SOTOMAYOR	NÚMERO	SN
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
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.