

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LIPODERMA LASER CENTRO MEDICO ESTETICO CIA. LTDA.		0190395545001	173439
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		AZUAY	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			MIGUEL CORDERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	PARROQUIA
AV SOLANO			HUAYNACÁPAC
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	NÚMERO
CONSULTORIOS MONTE SINAI OFICINA 010			6-140
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
CONSULTORIOS MONTE SINAI			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072814813
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
lipodermalaser@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0993828201
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
------------------	-------	---------------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DELGADO AYORA RUTH CECILIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0104285358
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/15/13 12:00 AM	CANTON	CUENCA
CIUDADELA		PARROQUIA	TOTORACOCHA
CALLE	DE LOS PURUHAES	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. TOTORACOCHA	NÚMERO	1-52
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	lipodermalaser@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	COMPLEJO DE TOTORACOCHA
		TELEFONO	2814813
		CELULAR	0993828201


**SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS**
 28 ABR 2014

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: DELGADO AYORA RUTH CECILIA

Identificación 0104285358

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 29/11/2012

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