

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ENDO MED CORP.		1792520169001	180252	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
SMITH ENDO MED		PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		MARISCAL	AV. 12 DE OCTUBRE	N24-562
INTERSECCIÓN/MANZANA	LUIS CORDERO	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	WORLD TRADE CENTER II	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	503	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL SWISSOTEL	CAMINO		
CASILLERO POSTAL	170517	TELEFONO 1	022507577	
CORREO ELECTRÓNICO 1	vicky@smithendomed.com	TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 2	marcia@smithendomed.com	CELULAR	0984055538	
SITIO WEB	www.smithmdusa.com	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	CULQUI HERRERA VICTORIA FERNANDA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0501849418
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/16/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	MARISCAL
CALLE	LUIS CODERO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	504	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ALADO
CORREO ELECTRÓNICO	vicky@smithendomed.com	TELEFONO	LUBRILAVADORAMARTINEZ 022507577
		CELULAR	0984055538

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 EMPRESA FAMILIAR	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.