

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS MEDICOS S.A. DISTRISUMOS	1391767021001	205171
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS MEDICOS	MANABI	PORTOVIEJO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
primero de mayo	primero de mayo	ISABEL VERA LOOR Y CALLE S/N, URB. LA VALDIVIA
INTERSECCIÓN/MANZANA	DIAGONAL AL RESTAURANT LAS HAMACAS	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	AVENIDA REALES TAMARINDOS	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	gennyeli@gmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR
SITIO WEB		FAX
		052441541
		0986254337
		086254337

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	PORTOVIEJO
------------------	---------------	---------------	-------------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL
APELLIDOS Y NOMBRES	CEDENO GARCIA SANDY ELIZABETH
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/10/10 0:00
CIUDADELA	PRIMERO DE MAYO
CALLE	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	ATANACIO SANTOS
BLOQUE	3
NÚMERO DE OFICINA	sn
CAMINO	sn
CORREO ELECTRÓNICO	gennyeli@gmail.com
	No. DE IDENTIFICACIÓN
	NACIONALIDAD
	PROVINCIA
	CANTON
	PARROQUIA
	PRIMERO DE MAYO
	NÚMERO
	CONJUNTO
	EDIFICIO/C.C.
	KM
	REFERENCIA UBICACIÓN
	TELEFONO
	CELULAR
	1307530186
	ECUADOR
	MANABI
	PORTOVIEJO
	12 DE MARZO
	10
	2
	RESTAURAN LAS HAMACAS
	052441541
	0986254337



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
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: CEDENO GARCIA SANDY ELIZABETH

Identificación / 1307530186

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 21/11/2012

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