

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
NEUROLAB S.A. LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA		0190320774001	32962	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
NEUROLAB		AZUAY	CUENCA	SUCRE
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		VIRGEN DE BRONCE	MIGUEL CORDERO	6-140
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. SOLANO	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	CONSULTORIOS MONTE SINAI	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	5TO.	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	HOSPITAL MONTE SINAI	CAMINO	AV. SOLANO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2811698	
CORREO ELECTRÓNICO 1	guidotoralc@gmail.com	TELEFONO 2	072476150	
CORREO ELECTRÓNICO 2	neurolabsa@gmail.com	CELULAR	0997971070	
SITIO WEB		FAX	2885595	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O OPODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL	No. DE IDENTIFICACIÓN	0104021290
NOMBRES Y APELLIDOS	GIMENEZ ALICIA MABEL	NACIONALIDAD	ARGENTINA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	PROVINCIA	AZUAY
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	CANTON	CUENCA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PARROQUIA	SAYAUSÍ
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	09/09/11 12:00 AM	BARRIO	sayausi
CIUDADELA	sayausi	NÚMERO	sn
CALLE	galarza	CONJUNTO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	conde de la cruz	EDIFICIO/C.C.	
BLOQUE		KM	
NÚMERO DE OFICINA		REFERENCIA UBICACIÓN	rio amarillo
CAMINO	camino virgen de milagro	TELEFONO	074191227
CORREO ELECTRÓNICO	gimenezaliciamabel@gmail.com	CELULAR	0998636441



12 MAR 2013

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: GIMENEZ ALICIA MABEL
Identificación 0104021290

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 13/12/2012

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