

FÓRMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
HOSPITAL MEDICAL EXPRESS HOSMEDEX S. A.	0190335860001	33651	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	AZUAY	CUENCA	HUAYNACÁPAC
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		MIGUEL CORDERO	6-50
INTERSECCIÓN/MANZANA	NICANOR AGUILAR	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	LA CASA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	202	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	ALTOS DE PHARMACYS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2814256
CORREO ELECTRÓNICO 1	dchr_contador@yahoo.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	medicalexpress3@hotmail.com	CELULAR	0999515617
SITO WEB		FAX	2814256

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOAIZA MARIN HERMAN RENE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0102784865
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	30/08/13 0:00	CANTON	CUENCA
		PARROQUIA	HUAYNACÁPAC
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	LAS RETAMAS	NÚMERO	SIN
INTERSECCIÓN/MANZANA	LOS ALISOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	LOS ALISOS
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CLÍNICA PAUCARBAMBA
CORREO ELECTRÓNICO	hermanloaizamarin@hotmail.com	TELEFONO	2455921
		CELULAR	0987221673



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.

FÓRMULARIO 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: LOAIZA MARIN HERMAN RENE

Identificación 0102784865

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

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