

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CORMEDSALUD CIA. LTDA.		1791291131001	52831
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CORMEDSALUD CIA LTDA		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
EL EDEN		EL EDEN	BELLADONAS
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
DE LOS GUAYACANES			
EDIFICIO/C.C.	CASA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	102	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS DEL HOSPITAL DE SOLCA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022416870
CORREO ELECTRÓNICO 1	cormedsalud_@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	santicompras@cormedsalud.net	CELULAR	0984314942
SITIO WEB		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	HERMOSA NICOLALDE CESAR SANTIAGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1719002667
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/13/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	LLANO GRANDE
CIUDADELA	LLANO GRANDE	BARRIO	LLANO GRANDE
CALLE	CARAPUNGO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	PASAJE MONTERRERY	CONJUNTO	VILLAS DEL PEDREGAL1
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	31	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	VIA A LLANO CHICO
CORREO ELECTRÓNICO	santicompras@cormedsalud.net	TELEFONO	022414284
		CELULAR	0997893860

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	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.