

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
IMPORTADORA DE SISTEMAS MEDICOS INSISMED CIA. LTDA.	1791304586001	53215	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	INAQUITO	AV. NACIONES UNIDAS	1084
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMAZONAS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	BANCO LA PREVISORA (TORRE B) OF 309	BLOQUE	TORRE B
NÚMERO DE OFICINA	309	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL CENTRO COMERCIAL CARACOL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022464629
CORREO ELECTRÓNICO 1	eparra@insismed.com	TELEFONO 2	022464630
CORREO ELECTRÓNICO 2	dhuertas@insismed.com	CELULAR	0994023189
SITIO WEB		FAX	022464629

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TORRES MIÑO EDWIN ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704912466
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/18/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	ALANGASI
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	27 DE FEBRERO	NÚMERO	CALLE 28
INTERSECCIÓN/MANZANA	28 DE AGOSTO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA CANCHA DEPORTIVA
CORREO ELECTRÓNICO	etorres@insismed.com	TELEFONO	022385533
		CELULAR	0999451469

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

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.