

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL BIOTECNOLOGÍA & MEDICINA REPRESENTACIONES BIMERECU CIA. LTDA.	RUC 1792264855001	EXPEDIENTE 61360	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA PICHINCHA	CANTON QUITO	PARROQUIA IÑAQUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE VOZ ANDES	NÚMERO N39-34
INTERSECCIÓN/MANZANA	JUAN DIGUJA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	LIVENZA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	207	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	CENTRO MEDICO AXXIS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022457706
CORREO ELECTRÓNICO 1	info@bimerecu.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mvillacis@bimerecu.com	CELULAR	0986213112
SITIO WEB	www.bimerecu.com	FAX	022457706

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VILLACIS MARIÑO MAYRA SUSANA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1600325508
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	26/08/14 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA	EL CALZADO	PARROQUIA	SAN BARTOLO
CALLE	MORASPUNGO	BARRIO	6 DE AGOSTO
INTERSECCIÓN/MANZANA	S12K	NÚMERO	S/N
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mayvil@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL COLEGIO 5 DE
		TELEFONO	023113488
		CELULAR	0986213112

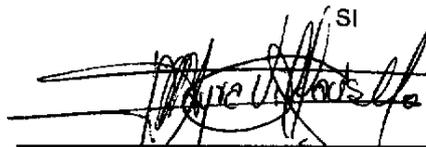


Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: VILLACIS MARIÑO MAYRA SUSANA
Identificación 1600325508

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.