

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

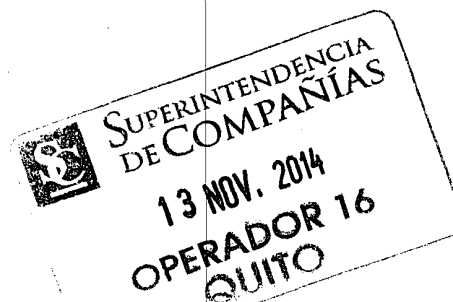
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
BIO DYNAMICS MEDICAL ECUADOR BME S.A.	1792268044001	61995
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	PARROQUIA
	PICHINCHA	LA CONCEPCIÓN
CIUDADELA	BARRIO	NÚMERO
	LA KENNEDY	E7-198
INTERSECCIÓN/MANZANA	CANTON	
FRANCISCO MONTAÑO	QUITO	
EDIFICIO/C.C.	CALLE	
	PASAJE H	
NÚMERO DE OFICINA	CONJUNTO	
	BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN	KM	
diagonal al cuartel Rumiñahui	CAMINO	
CASILLERO POSTAL	TELEFONO 1	2414843
	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 1	CELULAR	0995855795
solpasteles@gmail.com	FAX	
CORREO ELECTRÓNICO 2		
denisse.aray.84@gmail.com		
SITIO WEB		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	COBOS SALAZAR ELSA SOLEDAD		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709584104
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	17/08/10 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CHAUPICRUZ
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	PASAJE H	NÚMERO	E7-198
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRANCISCO MONTAÑO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	diagonal cuartel Rumiñahui
CORREO ELECTRÓNICO	solpasteles@gmail.com	TELEFONO	2414843
		CELULAR	0995855795



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 NO X

OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS

SI NO X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: COBOS SALAZAR ELSA SOLEDAD

Identificación 1709584104

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.

