

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
HELBRED MEDICAL CIA. LTDA.		1792269237001	62174
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	SAN ISIDRO DEL INCA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
DE LOS FLORIPONDIOS			DE LAS ANONAS
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
GUERRERO			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
8			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			CAMINO
A DOS CUADRAS DE TALLERES HYUNDAI			TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			022270690
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
abfreireg@gmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR
alvaro_freire@hotmail.com			0992789612
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	FREIRE GUERRERO ALVARO BOLIVAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1716427222
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/24/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	SAN ISIDRO DEL INCA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	DE LAS ANONAS	NÚMERO	E11-75
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LOS FLORIPONDIOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	GUERRERO
NÚMERO DE OFICINA	8	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DE LOS TALLERES HYUNDAI
CORREO ELECTRÓNICO	alvaro_freire@hotmail.com	TELEFONO	022270690
		CELULAR	0992789612

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

Nombre: FREIRE GUERRERO ALVARO BOLIVAR
Identificación 1716427222

REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 26/11/2012

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