

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DISTRIBUIDOR MEDICOS HOSPMEDIC S.A.		0993103101001	717879
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
COOP URBANOR		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA S/N			s/n
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA PB			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN s/n			KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1 hospmedicsa@gmail.com		TELEFONO 1	072125389
CORREO ELECTRÓNICO 2 hospmedicsa@hotmail.com		TELEFONO 2	072125389
SITIO WEB		CELULAR	0981172776
		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MORA REINA ANDRES ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0923583793
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/15/20 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA	URBANOR	PARROQUIA	CHONGON
CALLE	COOP.URBANOR	BARRIO	URBANOR
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 128	NÚMERO	12
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	hospmedicsa@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	frente a restaurant
		TELEFONO	2920108
		CELULAR	0981172776

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	SI	NO	X

Nombre: MORA REINA ANDRES ALEJANDRO

Identificación 0923583793

REPRESENTANTE LEGAL

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.