

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
CONSULTORES OFTALMOLOGICOS CONOFT CIA. LTDA		1791743091001	89854	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	BELISARIO QUEVEDO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
CONCLINA		LA GRANJA	AV. MARIANA DE JESUS	OE8
INTERSECCIÓN/MANZANA	NICOLAS ARTETA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	CENTRO MEDICO MEDITROPOLI	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRT H METROPOLITANO	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022266950	
CORREO ELECTRÓNICO 1	memolina@oftalmotec.ec	TELEFONO 2	022245658	
CORREO ELECTRÓNICO 2	maelmolina@hotmail.com	CELULAR	0984361898	
SITIO WEB	www.oftalmotec.ec	FAX	022266950	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MOLINA BALDA MARIA ELENA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1306932458
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/27/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	BELISARIO QUEVEDO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CARVAJAL	NÚMERO	n53-55
INTERSECCIÓN/MANZANA	la gasca	CONJUNTO	d howitt
BLOQUE	c	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	8	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	diga supermaxi
CORREO ELECTRÓNICO	memolina@oftalmotec.ec	TELEFONO	2564131
		CELULAR	0984361898

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

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.