

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
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CONCLINA		LA GRANJA	AV. MARIANA DE JESUS
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
CORREO ELECTRÓNICO 1		memolina@oftalmotec.ec	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		maelmolina@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB		www.oftalmotec.ec	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	MOLINA BALDA MARIA ELENA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1306932458
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	CONJUNTA	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/1/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	LA GASCA	BARRIO	LA GASCA
CALLE	CARVAJAL	NÚMERO	n23-55
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	0997714184

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

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.