

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LABORATORIO CLINICO NOVALAB S.A		1791807197001	91773
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	SANTA PRISCA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	NÚMERO
AV. 10 DE AGOSTO		LA MARISCAL	E1-71
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	
NOVACLINICA		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
PB		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	022526349
FRENTE AL PARQUE JULIO ANDRADE		TELEFONO 2	
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0984061297
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	022526349
labnovalab@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
jennygonzalez546@hotmail.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	LEMONS ALVAREZ CARLOS HOMERO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1703527315
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/24/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	QUITO TENIS	PARROQUIA	QUITO
CALLE	PEDRO SARMIENTO DE	BARRIO	QUITO TENIS
INTERSECCIÓN/MANZANA	sn	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	calolemons@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	QUITO TENIS
		TELEFONO	022526349
		CELULAR	0999587585

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

Nombre: LEMOS ALVAREZ CARLOS HOMERO

Identificación 1703527315

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.