

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------|----------------|-----------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | EXPEDIENTE | |
| ALFAMEDICAL S.A. | | 1791819209001 | 92317 | |
| NOMBRE COMERCIAL | | PROVINCIA | CANTON | PARROQUIA |
| | | PICHINCHA | QUITO | QUITO |
| CIUDADELA | | BARRIO | CALLE | NÚMERO |
| MEXTERIOR | | CHAUPICRUZ | TOMAS CHARIOVE | N49-11 |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | PASAJE FERMIN ROXAS | CONJUNTO | | |
| EDIFICIO/C.C. | | BLOQUE | | |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM | | |
| REFERENCIA UBICACIÓN | CERCA AL COLEGIO LOS PINOS | CAMINO | | |
| CASILLERO POSTAL | | TELEFONO 1 | 022453126 | |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | alfamedicalinfo@gmail.com | TELEFONO 2 | 022455716 | |
| CORREO ELECTRÓNICO 2 | richardt_v@yahoo.es | CELULAR | 0983362235 | |
| SITIO WEB | | FAX | 023520872 | |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|--|--------------------|-----------------------|--|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | SANTAFAE MAZA GINA | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1712652740 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | SUBGERENTE | PROVINCIA | PICHINCHA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 8/29/17 12:00 AM | CANTON | QUITO |
| | | PARROQUIA | CALDERON |
| CIUDADELA | COMITE DEL PUEBLO | BARRIO | COMITE DEL PUEBLO |
| CALLE | JORGE GARCES | NÚMERO | N64-264 |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | ADOLFO KLINGER | CONJUNTO | |
| BLOQUE | | EDIFICIO/C.C. | |
| NÚMERO DE OFICINA | 1 | KM | |
| CAMINO | | REFERENCIA UBICACIÓN | SEGUNDA SEMAFARO DE LA AV. PRINCIPAL JORGE |
| CORREO ELECTRÓNICO | aliger39@gmail.com | TELEFONO | 3454934 |
| | | CELULAR | 0983362235 |

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 |

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.