

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
CRYO-CELL ECUADOR CIA. LTDA		1791878108001	94604	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CRYOMED		PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		BATAN	SEIS DE DICIEMBRE	N 41-194
INTERSECCIÓN/MANZANA	TOMAS DE BERLANGA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	VICUÑA	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	B	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	A 100 METROS DE GRANADOS PLAZA	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022052509	
CORREO ELECTRÓNICO 1	marcoveintimilla@yahoo.es	TELEFONO 2	022052509	
CORREO ELECTRÓNICO 2	marcov878@gmail.com	CELULAR	0998214064	
SITIO WEB		FAX	0992479944	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	YAHALOMI BZUZA ANAT SALOMEA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707371652
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/1/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	LA MORITA
CALLE	CUMBRE	NÚMERO	1455
INTERSECCIÓN/MANZANA	QUITEÑO LIBRE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	COLEGIO TUMBACO
CORREO ELECTRÓNICO	ANAT.ZOLDAN@CRYO-CELL.EC	TELEFONO	026013317
		CELULAR	0981258119

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.