

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INSTITUTO DE ENDOSCOPIA DEL APARATO DIGESTIVO COLOPROCTOLOGIA Y CIRUGIA S.A. IENADCOCI		0992452196001	122751
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
		BARRIO	CALLE
			AV. ABEL ROMERO CASTILLO
			NÚMERO
			1
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. JUAN TANCA MARENGO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	TORRE MEDICA OMNIHOSPITAL	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	404	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	SOLAR 15	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042109083
CORREO ELECTRÓNICO 1	williamsburgos@outlook.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	williamsburgos@gmail.com	CELULAR	0985827636
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ABARCA AGUILAR FRANCISCO LUIS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0905136271
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/26/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	SOLAR 15	NÚMERO	400
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. JUAN TANCA MARENGO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	217	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	MANZANA 15
CORREO ELECTRÓNICO	wburgos67@hotmail.com	TELEFONO	0979186430
		CELULAR	0990506560

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.