

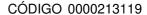
FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMF	PAÑÍA					
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC			EXPEDIENTE	
CLINICA SAN VICENTE CLINSAVIC S.A.		0992516569001			127300	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA		CANTON	PARROQUIA	
		GUAYAS		GUAYAQUIL		
CIUDADELA		BARRIO		CALLE	NÚMERO	
GUAYAQUIL				CALLE PRIMERA	S/N	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. PRIMEREA			CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	CLINICA			BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA				KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	A MEDIA CUADRA DEL A	FARMACIA CRUZ AZU	IL	CAMINO		
CASILLERO POSTAL			Т	ELEFONO 1	0425012220	
CORREO ELECTRÓNICO 1	clinsavic@hotmail.com		Т	ELEFONO 2	045012256	
CORREO ELECTRÓNICO 2	clinsavic@clinicasanvicenteec.com		С	ELULAR	0986979045	
SITIO WEB	www.clinicasanvicenteec.c	om	F	AX	0425012219	
IDENTIFICACIÓN DEL DOMI	CILIO LEGAL					
PROVINCIA	GUAYAS		(CANTON	GUAYAQUIL	
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	D DEL REPRESENTAN	ITE LEGAL O APO	DE	RADO		
TIPO DE PERSONA	PERSONA NATI	URAL				
APELLIDOS Y NOMBRES	DAVILA SANCH	EZ GUILLERMO OSWA	ALDO)		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No.	DE	IDENTIFICACIÓ	N 0902768530	

THE O DE LENGONA	I ENOONA NATORAL						
APELLIDOS Y NOMBRES	DAVILA SANCHEZ GUILLERMO OSWALDO						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0902768530				
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	_ INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR				
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS				
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL	7/26/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL				
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/20/12 12:00 AW	PARROQUIA	GUAYAQUIL				
CIUDADELA		BARRIO					
CALLE	AVDA 28 DE AGOSTO	NÚMERO	SN				
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE COJIMIES	CONJUNTO					
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	PRIMER PISO				
NÚMERO DE OFICINA		KM					
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ARRIBA DE LA FARMACIA CRUZ AZUL				
CORREO ELECTRÓNICO	guille@yahoo.com	TELEFONO	045012218				
		CELULAR	0985009922				

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

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.