

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
CONCLISAN CIA. LTDA.		2390008174001	141147	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
HOSPITAL GENERAL CLINICA SANTIAGO		SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	SANTO DOMINGO	SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
EL COLORADO			QUITO	118
INTERSECCIÓN/MANZANA	ORANZONAS		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CLINICA SANTIAGO		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A MATELEC		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	023836370
CORREO ELECTRÓNICO 1	tmendoza@clnicasantiago.com.ec		TELEFONO 2	022745574
CORREO ELECTRÓNICO 2	gcastillo@clnicasantiago.com.ec		CELULAR	0986101309
SITIO WEB	www.clinicasantiago.com.ec		FAX	022745572

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	SANTO DOMINGO DE LOS	CANTON	SANTO DOMINGO
------------------	----------------------	---------------	---------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MENDOZA QUIÑONEZ RAMON TIMOTEO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0924993538
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/24/17 12:00 AM	CANTON	SANTO DOMINGO
CIUDADELA		PARROQUIA	SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS
CALLE	SN	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	URB.JARDINES DEL TOACHI
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	tmendoza@clnicasantiago.com.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	*
		TELEFONO	022745573
		CELULAR	0986101309

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	SI	X	NO

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.