

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
SERVICIOS CLINICOS Y HOSPITALARIOS HOSPISOLUCION CIA. LTDA.	1792359457001	144356	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
HOSPISOLUCION	PICHINCHA	QUITO	IÑAQUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	IÑAQUITO	VOZ ANDES	N39-130
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMERICA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	ANKARA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A TRES CUADRAS DE LA PLAZA DE LAS AMERIC	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3318821
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@glomedical.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	administracion@glomedical.ec	CELULAR	0984734899
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RUIZ ROMERO DIANA PATRICIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709474579
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	COLOMBIA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/31/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	IÑAQUITO
		BARRIO	
CIUDADELA		NÚMERO	N39-130
CALLE	VOZANDES	CONJUNTO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV AMERICA	EDIFICIO/C.C.	ANKARA
BLOQUE		KM	
NÚMERO DE OFICINA	PB	REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR HOSPITAL VOZ
CAMINO		TELEFONO	023318821
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad@glomedical.ec	CELULAR	3318821

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.