

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
AXXISGASTRO CIA. LTDA.	1792356229001	144601	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	SANTA PRISCA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	IÑAQUITO	AV. 10 DE AGOSTO	N39-155
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMERICA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	HOSPIFUTURO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1ER	KM	PISO
REFERENCIA UBICACIÓN	1 CUADRA CENTRO COMERCIAL LA Y	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3980100
CORREO ELECTRÓNICO 1	tamara.guaman@axxishospital.com.ec	TELEFONO 2	3318081
CORREO ELECTRÓNICO 2	ag.administrador@axxishospital.com.ec	CELULAR	0995848643
SITIO WEB		FAX	3318141

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PEREZ SARMIENTO CHRISTIAN GONZALO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1719329185
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/09/14 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	EL BATAN
CALLE	DE LAS HIGUERAS	BARRIO	MONTESERRIN
INTERSECCIÓN/MANZANA	JULIO ARELLANO	NÚMERO	155
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO		REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS TV CABLE
		TELEFONO	2468239
		CELULAR	0985566184

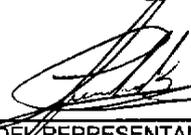
Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías y Valores a realizar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente en este formulario no sea 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	X	NO
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: PEREZ SARMIENTO CHRISTIAN GONZALO
Identificación 1719329185

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el proceso (ver punto 2)

