

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GESTHOSPIT S.A.		1792383005001	147386
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ROCA		LA MARISCAL	AV. AMAZONAS
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
RÍO AMAZONAS		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
904		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	2500964
Frente Hotel Mercury		TELEFONO 2	2229430
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0995798985
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	
pch_0077@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
cafreire@hotmail.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CUESTA DIAZ JOSE MARCELO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707866370
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/8/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	AMAZONAS	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Roca	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	904	EDIFICIO/C.C.	Rio Amazonas
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	paul.cherres@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Diagonal Superintendencia Compañías
		TELEFONO	2229430
		CELULAR	0999785898

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.