

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
DISTRIBUIDORA DE DIAGNOSTICO CLINICO DISCLINIC CIA. LTDA.		1792387558001	148711	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	QUITO
Jipijapa		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		ÍÑAQUITO	ISLA SEYMOUR	E1 - 159
INTERSECCIÓN/MANZANA	Av. Atahualpa	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	Digicom	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	02	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	entrando por la Av. Amazonas	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	026009479	
CORREO ELECTRÓNICO 1	a.rengel@disclinic.com.ec	TELEFONO 2	026038581	
CORREO ELECTRÓNICO 2	alberto.rengel@gmail.com	CELULAR	0980330571	
SITIO WEB	www.disclinic.com	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	RENGEL ALBERTO DE JESUS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1751272673
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	VENEZUELA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/29/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CALLE H	NÚMERO	E1-159
INTERSECCIÓN/MANZANA	SAN JOSE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DETRAS DEL COLEGIO SEK
CORREO ELECTRÓNICO	a.rengel@disclinic.com	TELEFONO	2404599
		CELULAR	0987655946

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.