

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MEDICLUB SAN JOSE S.A		1791904826001	150645
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SAN JOSE	MANUEL BURBANO
INTERSECCIÓN/MANZANA	SAN JOSE		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	HOTEL SAN JOSE		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
			1.5
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL CLUB LOS ARRAYANES		CAMINO
CASILLERO POSTAL	171759		TELEFONO 1
			022390264
CORREO ELECTRÓNICO 1	luismora451@hotmail.com		TELEFONO 2
			022390276
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad1@gardenhotelsanose.com		CELULAR
			0983130938
SITIO WEB			FAX
			022390256

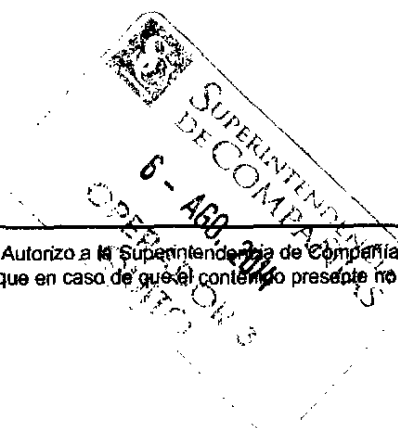
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LETORT CALISTO CARLOS MAURICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1701616516
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/08/11 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	SAN JOSE
CALLE	MANUEL BURBANO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	SAN JOSE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	HOTEL SAN JOSE
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO	BARRIO SAN JOSE	REFERENCIA UBICACIÓN	HOTEL SAN JOSE
CORREO ELECTRÓNICO	luismora451@hotmail.com	TELEFONO	022390256
		CELULAR	0990682096

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: LETORT CALISTO CARLOS MAURICIO

Identificación 1701616516

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 procedimiento.

