

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CLINICA ZYMASALUD S.A.		1791929993001	151556
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
LA BACKER		LA BACKER	CAP. RAMON BORJA
INTERSECCIÓN/MANZANA		AV. GALO PLAZA LASO	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		CLINICA	N52 S/N
NÚMERO DE OFICINA			
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE A GASOLINERA REPSOL	
CASILLERO POSTAL			
CORREO ELECTRÓNICO 1		zymasalud16@gmail.com	
CORREO ELECTRÓNICO 2		caron_edison@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	MIRANDA ARIAS EDWIN PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601876543
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/8/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	POMASQUI
CIUDADELA	JARDINES DE LA PAMPA	BARRIO	
CALLE	CASA132	NÚMERO	5-421
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV.CORDOVA GALARZA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A COMPLEJO DE LIGA DEPORTIVA UNIVERSITARIA
CORREO ELECTRÓNICO	mirandapatricio4@hotmail.com	TELEFONO	022352196
		CELULAR	0992807901

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

Nombre: MIRANDA ARIAS EDWIN PATRICIO

Identificación 0601876543

REPRESENTANTE LEGAL

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.