

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
DANREMA S.A.		1791949374001	152084	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	SAN BARTOLO
SAN BARTOLO		BARRIO	CALLE	NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		SAN BARTOLO	GENERAL URDANETA	S15-332
MIRA	CONJUNTO			
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		JUNTO AL RETEN POLICIAL DE SAN BARTOLO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1		023080659
CORREO ELECTRÓNICO 1		amarcalla@hospital-sanbartolo.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2		info@hospital-sanbartolo.com	CELULAR	
SITIO WEB		FAX		0987284147

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOPEZ MUÑOZ LUIS EDUARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601185820
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/9/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	san bartolo	PARROQUIA	QUITO
CALLE	GENERAL URDANETA	BARRIO	SAN BARTOLO
INTERSECCIÓN/MANZANA	calle mira	NÚMERO	S15-332
BLOQUE	CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA	EDIFICIO/C.C.		
CAMINO	KM		
CORREO ELECTRÓNICO	dr.luis_lopez@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	junto al reten policial de san bartolo
		TELEFONO	023080659
		CELULAR	0999849270

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	X	NO	
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.