

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CLINICA SAN FRANCISCO SA		1790011895001	156
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CONDADO BAJO		AV MARISCAL SUCRE	AV MARISCAL SUCRE
			NÚMERO
			LT 9000
INTERSECCIÓN/MANZANA	BERNARDO DE LEGARDA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CLINICA SAN FRANCISCO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	TRES CUADRAS AL NORTE DEL PUENTE PEATONA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	6011401
CORREO ELECTRÓNICO 1	silescalante21@hotmail.com	TELEFONO 2	6011402
CORREO ELECTRÓNICO 2	silescalante21@hotmail.com	CELULAR	0984208971
SITIO WEB		FAX	6011400

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CANELOS SALAZAR PATRICIO BOLIVAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1700509605
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/13/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	CONDADO ALTO	BARRIO	CONDADO BAJO
CALLE	AV. MARISCAL SUCRE	NÚMERO	lote 9000
INTERSECCIÓN/MANZANA	BERNARDO DE LEGARDA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	SAN FRANCISCO
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE HOSPITAL BACA
CORREO ELECTRÓNICO	srocio_ss@hotmail.com	TELEFONO	6011400
		CELULAR	0995271915

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.