

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
INTERVENCIONISMO CARDIOLOGICO INTERVASCU S.A.	1792068533001	157149	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
IÑAQUITO	BATAN	COCHAPATA	E14 07
INTERSECCIÓN/MANZANA	GASPAR DE VILLARROEL	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	201	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	CONSERVATORIO DE MUSICA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022430359
CORREO ELECTRÓNICO 1	afalconi@repfalc.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	dvillegas@rbecuador.com	CELULAR	0967596518
SITIO WEB	www.intervascu.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	ONOFIA OÑA XAVIER ROLANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709329674
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/10/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	PSJ EL JARDIN	NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	av 6 de diciembre	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	century plaza i
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	junto supercines
CORREO ELECTRÓNICO	lorena.jimenez.v91@gmail.com	TELEFONO	5104779
		CELULAR	0958993441

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.