

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
COMPAÑÍA DE SERVICIOS MEDICOS SOLIDARIOS CRUZVITAL S.A.		1792086353001	157974	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	LA CONCEPCIÓN
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
AV. DE LA PRENSA		IÑAQUITO	PAPALLACTA	oe1-66
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
PB		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
DIAGONAL A LA ESTACION DEL TROLE NORTE		TELEFONO 1	022447641	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	025115944	
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0995635900	
jacosta@cruzvital.med.ec		FAX	025115944	
CORREO ELECTRÓNICO 2				
vgarrido@cruzvital.med.ec				
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	GARRIDO ANDRADE VERONICA BEATRIZ		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711736791
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/25/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	LA CONCEPCIÓN
CALLE	papallacta	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	prensa	NÚMERO	oe 1 66
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	vgarrido@cruzvital.med.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	Cruz Vital
		TELEFONO	2447641
		CELULAR	0995635900

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

Nombre: GARRIDO ANDRADE VERONICA BEATRIZ  
Identificación 1711736791

REPRESENTANTE LEGAL

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.