

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC		EXPEDIENTE	
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A.	1792092051001		158209	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	
	PICHINCHA	QUITO		
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO	

SANTA PRISCA FRANCISCO SALAZAR F10-59 INTERSECCIÓN/MANZANA **TAMAYO** CONJUNTO

EDIFICIO/C.C. **VIRTU BLOQUE** NÚMERO DE OFICINA 301 KM REFERENCIA UBICACIÓN A UNA CUADRA DEL CONSEJO DE LA JUDICATUR CAMINO

CASILLERO POSTAL **TELEFONO 1** 026005682

CORREO ELECTRÓNICO 1 TELEFONO 2 jcsuarez@inmedical.com.ec CORREO ELECTRÓNICO 2 djacome@inmedical.com.ec **CELULAR** 0999026998 SITIO WEB www.inmedical.com.ec FAX 6005682

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA PICHINCHA CANTON QUITO

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA PERSONA NATURAL

APELLIDOS Y NOMBRES PEÑAFIEL REVELO WILSON EDUARDO

CEDULA TIPO DE IDENTIFICACIÓN No. DE IDENTIFICACIÓN 1709065773 TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL INDIVIDUAL **NACIONALIDAD ECUADOR** CARGO QUE DESEMPEÑA **GERENTE GENERAL PROVINCIA PICHINCHA CANTON** QUITO FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL 5/30/15 12:00 AM NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO QUITO

PARROQUIA MERCANTIL

CIUDADELA BARRIO CALLE PRINCIPAL NÚMERO

INTERSECCIÓN/MANZANA **PRINCIPAL** CONJUNTO **BLOQUE** EDIFICIO/C.C.

NÚMERO DE OFICINA

CAMINO REFERENCIA UBICACIÓN HACIENDA CAPELO

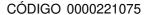
CORREO ELECTRÓNICO **TELEFONO** 6005682 wpenafiel@inmedical.com.ec

CELULAR 0998142030

s/n

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

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.