

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
OMNISCAN RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A.	1792097126001	158398	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA	PICHINCHA	QUITO	SANTA PRISCA
	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	AMERICA	PEREZ GUEERRERO	OE3-25
INTERSECCIÓN/MANZANA	VERSALLES	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CLINICA OFTALMICA PB	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	3	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Facultad de Adm U. Central	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022508175
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@radiologosasociados.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	rrhh@radiologosasociados.com.ec	CELULAR	0984563755
SITIO WEB		FAX	

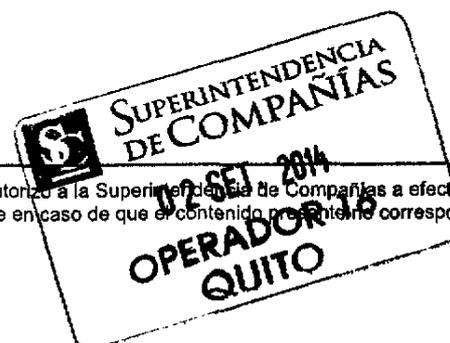
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GUERRA SALAZAR MAURICIO JAVIER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705621538
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	20/06/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	NAYÓN
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	Victor Mideros	NÚMERO	S18-116
INTERSECCIÓN/MANZANA	Recalde	CONJUNTO	Urb Vista Grande
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Miravalle
CORREO ELECTRÓNICO	jguerra@punto.net.ec	TELEFONO	022899007
		CELULAR	0999445613

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 presentado 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: GUERRA SALAZAR MAURICIO JAVIER
Identificación 1705621538

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

