

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
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
VERSALLES		AMERICA	PEREZ GUEERRERO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
CLINICA OFTALMICA PB		BLOQUE	OE3-25
NÚMERO DE OFICINA		KM	
3		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	022550942
FACULTAD ADMIN.UNIVERS.CENTRAL		TELEFONO 2	022506024
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0999904961
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	
jsalazar@bcgdelecuador.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
maritza.yanez4@gmail.com			
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	HARO ORTUÑO EDISON FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707084966
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/16/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	CONOCOTO	PARROQUIA	QUITO
CALLE	1A	BARRIO	LA ARMENIA
INTERSECCIÓN/MANZANA	CESAR ENDARA	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	ARMENIA II
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	ferharo@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA GARITA DEL GUARDIA
		TELEFONO	022342524
		CELULAR	0998710932

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	X	NO	
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.