

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IMAGENES MEDICAS TOMORAD S.A.		1792135230001	160004
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
TOMAS DE BERLANGA		EL BATAN	AV. 6 DE DICIEMBRE
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
CLINICA EL BATAN			N43-11
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
SUBSU			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
MEDIA CUADRA DE LA ESPE			CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2445062
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
immedicas@hotmail.com		CELULAR	0993992130
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
diosca@uio.satnet.net			
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	ESPINDOLA MUÑOZ MARIA DEL CARMEN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710575711
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/18/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	6 DE DICIEMBRE	BARRIO	EL BATN
INTERSECCIÓN/MANZANA	TOMAS DE BERLANGA	NÚMERO	OE2 35
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO CLINICA EL BATAN
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	immedicas@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	QUITO NORTE
		TELEFONO	022445062
		CELULAR	0999223635

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

Nombre: ESPINDOLA MUÑOZ MARIA DEL CARMEN

Identificación 1710575711

REPRESENTANTE LEGAL

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.