

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ANGLOMED SERVICIOS DE SALUD CIA. LTDA.		1792187028001	162103
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
EL COMERCIO		EL BATAN	AV. 6 DE DICIEMBRE
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	PARROQUIA
MENSA SALAZAR		BLOQUE	QUITO
NÚMERO DE OFICINA		1	NÚMERO
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE A MONTERO	N37-185
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2268780
CORREO ELECTRÓNICO 1		willconta@andinanet.net	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		contabilidad.electromedica@netlife.ec	CELULAR
SITIO WEB			FAX
			087909934

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MENA SALAZAR WILLIAM RODRIGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705906491
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE - GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/13/09 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	6 DE DICIEMBRE	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	EL COMERCIO	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	willconta@andinanet.net	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A MONTERO
		TELEFONO	022268777
		CELULAR	0987599552

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

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.