

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SAN RAFAELMEDIC CIA. LTDA.		1792211778001	163196
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CLINICA SAN RAFAEL		PICHINCHA	RUMINAHUI
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SAN RAFAEL	AV. GENERAL ENRIQUEZ 3826
INTERSECCIÓN/MANZANA		ISLA SANTIAGO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		CLINICA SAN RAFAEL OFC. 1	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
REFERENCIA UBICACIÓN		DIAGONAL A PRIMAX	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			022864906
CORREO ELECTRÓNICO 1		contabilidad@clnicasanrafael.ec	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		mepaseguridadprivada@gmail.com	CELULAR
SITIO WEB			0979121529
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	RUMINAHUI
-----------	-----------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RAMIREZ ROJAS ELIO AGUSTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0101835650
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/15/17 12:00 AM	CANTON	RUMINAHUI
		PARROQUIA	SANGOLQUI
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV. GENERAL ENRIQUEZ	NÚMERO	00
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISLA SANTIAGO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A PRIMAX
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad@clnicasanrafael.ec	TELEFONO	022864906
		CELULAR	0999662086

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	SI	NO	X

Nombre: RAMIREZ ROJAS ELIO AGUSTO

Identificación 0101835650

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.