

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CENTRO HIPERBARICA S.A. HIPERBARISA		0992795883001	167198
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AV JUAN TANCA MARENGO		NORTE	AV. J. JOAQUIN ORRAN SN
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
VITALIS		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		6	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		OMNI HOSPITAL	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		roddymace@hotmail.com	2109196
CORREO ELECTRÓNICO 2		rmatamoros@consultusbusiness.ec	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			0939887933
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOOR BERNITT AGUSTIN RAFAEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0912162773
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/6/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA		PARROQUIA	POSORJA
CALLE	AV. ABEL ROMERO CASTILLO	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	ENTRE AV DE LAS AMERICAS Y AV JUAN TANCA	NÚMERO	0
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	4	EDIFICIO/C.C.	VITALIS
CAMINO	NA	KM	NA
CORREO ELECTRÓNICO	agustinloor@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	OMNIHOSPITAL CONSULTORIO 4
		TELEFONO	042454560
		CELULAR	0987213342

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.