

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
AMINTEGRAL SERVICIOS MEDICOS CIA. LTDA.		1792418453001	167409
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		MARISCAL SUCRE	IGNACIO DE VEINTIMILLA N23-0
INTERSECCIÓN/MANZANA	FEDERICO PÁEZ	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CLINICA PICHINCHA	BLOQUE	TORRE C
NÚMERO DE OFICINA	501	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL SRI	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022528355
CORREO ELECTRÓNICO 1	asediaz@hotmail.com	TELEFONO 2	022525769
CORREO ELECTRÓNICO 2	mle.ecuador@gmail.com	CELULAR	0999819930
SITIO WEB	www.am-integral.com	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VILLALTA PALACIOS RAMIRO FEDERICO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1100585783
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/30/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	CARCELEN	BARRIO	
CALLE	PASAJE MARCOS MARQUEZ	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. JAIME ROLDOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL CUARTEL ANTINARCOTICOS POLICIA
CORREO ELECTRÓNICO	lenin_villalta@yahoo.com	TELEFONO	2478817
		CELULAR	0998700763

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.