

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INSTITUTO DE MICROCIROLOGIA OCULAR INMICROCSA S.A.		0992807342001	168230
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CLINICA INTERNACIONAL DE LA VISION DE ECUADOR CIVE		GUAYAS	DAULE
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
VILLA CLUB			AV. LEON FEBRES CORDERO
INTERSECCIÓN/MANZANA S/N			NÚMERO
EDIFICIO/C.C.			S/N
NÚMERO DE OFICINA			12.5
REFERENCIA UBICACIÓN JUNTO A PIAZZA VILLA CLUB			
CASILLERO POSTAL			
CORREO ELECTRÓNICO 1 narevalo@cive.ec			
CORREO ELECTRÓNICO 2 narevaloz@hotmail.com			
SITIO WEB www.cive.ec			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	DAULE
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BENITES SANTOS FAUSTO GABRIEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0909041477
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/27/13 12:00 AM	CANTON	DAULE
		PARROQUIA	DAULE
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	PALMAR DEL RIO	NÚMERO	152
INTERSECCIÓN/MANZANA	KM 4	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DEL CLUB ESPAÑOL
CORREO ELECTRÓNICO	fbenites@cive.ec	TELEFONO	2834542
		CELULAR	085757323

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.