

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SPECIALITYMED CIA. LTDA.		1792427509001	168534
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CLINICA INTEGRAL		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
SAN GABRIEL		RUMIPAMBA	PEDREGAL
INTERSECCIÓN/MANZANA	HERNANDEZ DE GIRON		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	S/N		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	PB		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A PROSONIDO		CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	026039091
CORREO ELECTRÓNICO 1	gerenciageneral@clinicaintegral.med.ec	TELEFONO 2	026039091
CORREO ELECTRÓNICO 2	lucia.pogo@clinicaintegral.med.ec	CELULAR	0983288965
SITIO WEB		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	RUEDA ARGUELLO GERMAN POLIVIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704287109
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/30/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	ATAHUALPA (HABASPAMBA)
CIUDADELA		BARRIO	RUMIPAMBA
CALLE	PEDREGAL	NÚMERO	N35-15
INTERSECCIÓN/MANZANA	HERNANDEZ DE GIRON	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CLINICA INTEGRAL
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A PROSONIDO
CORREO ELECTRÓNICO	german.rueda@clinicaintegral.med.ec	TELEFONO	6039091
		CELULAR	0983288965

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.