

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
SONRISAS ODONTOLÓGICAS SONRIHEALTH S.A.		1792434440001	169452	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
AV. 9 DE OCTUBRE		MARISCAL SUCRE	AV. COLÓN	E4-105
EDIFICIO/C.C.	SOLAMAR		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	505		BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A PACO COMERCIAL		KM	
CASILLERO POSTAL			CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1	kzambrano@ecuempire.com		TELEFONO 1	022227719
CORREO ELECTRÓNICO 2	paulivero@hotmail.com		TELEFONO 2	022559918
SITIO WEB			CELULAR	0991384877
			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	SILVA VARELA GALO VINICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711242535
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/20/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	BALCON DEL NORTE	PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV. RAUL PADILLA	BARRIO	CARCELEN ALTO
INTERSECCIÓN/MANZANA	OCCIDENTAL	NÚMERO	N75-27
BLOQUE		CONJUNTO	LOS ALERCES
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	CASA 38
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	galosilva@yahoo.com	REFERENCIA UBICACIÓN	URB. BALCON DEL NORTE
		TELEFONO	026038208
		CELULAR	0996004571

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

Nombre: SILVA VARELA GALO VINICIO

Identificación 1711242535

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.