

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>EXPEDIENTE</b>	
CENTRO MEDICO OCHOA S.A. CMO		1792461774001	170811	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTON</b>	<b>PARROQUIA</b>
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
		<b>BARRIO</b>	<b>CALLE</b>	<b>NÚMERO</b>
		MARIANA DE JESUS	AV. MARIANA DE JESUS	OE747
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	CONCLINAS	<b>CONJUNTO</b>		
<b>EDIFICIO/C.C.</b>	DIAGNOSTICO 2000	<b>BLOQUE</b>		
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>	PB	<b>KM</b>		
<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	JUNTO AL HOSPITAL METROPOLITANO	<b>CAMINO</b>		
<b>CASILLERO POSTAL</b>		<b>TELEFONO 1</b>	022261675	
<b>CORREO ELECTRÓNICO 1</b>	centromedicochoa@gmail.com	<b>TELEFONO 2</b>		
<b>CORREO ELECTRÓNICO 2</b>	anitavictorio@hotmail.com	<b>CELULAR</b>	0990478102	
<b>SITIO WEB</b>		<b>FAX</b>		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

<b>PROVINCIA</b>	PICHINCHA	<b>CANTON</b>	QUITO
------------------	-----------	---------------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

<b>TIPO DE PERSONA</b>	PERSONA NATURAL		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	OCHOA AVILES MARCO VINICIO		
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	CEDULA	<b>No. DE IDENTIFICACIÓN</b>	1705267860
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	INDIVIDUAL	<b>NACIONALIDAD</b>	ECUADOR
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	GERENTE GENERAL	<b>PROVINCIA</b>	PICHINCHA
<b>FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL</b>	8/12/19 12:00 AM	<b>CANTON</b>	QUITO
		<b>PARROQUIA</b>	SAN ANTONIO
<b>CIUDADELA</b>		<b>BARRIO</b>	
<b>CALLE</b>	AV CIENA	<b>NÚMERO</b>	s/n
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	E INTEROCEANICA	<b>CONJUNTO</b>	CASAS DEL VALLE
<b>BLOQUE</b>		<b>EDIFICIO/C.C.</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>		<b>KM</b>	
<b>CAMINO</b>		<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	CERCA DEL PASEO
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	marcochoa@hotmail.com	<b>TELEFONO</b>	022261675
		<b>CELULAR</b>	0988847791

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.