

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ALIANSA S.A.		0992847476001	175312	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ALIANSA		GUAYAS	GUAYAQUIL	CARBO (CONCEPCIÓN)
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		CENTRO	PADRE AGUIRRE	442
INTERSECCIÓN/MANZANA	BAQUERIZO MORENO	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	ABEL GILBERT	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	307 A	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA GUAYAQUIL	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042303536	
CORREO ELECTRÓNICO 1	antoreveloj@hotmail.com	TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 2	aliansaludecuador@hotmail.com	CELULAR	0980093947	
SITIO WEB		FAX		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
------------------	--------	---------------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MENDEZ CEDEÑO CARLOS ALFONSO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0922233010
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/2/14 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	CARBO (CONCEPCIÓN)
CIUDADELA		BARRIO	CENTRO
CALLE	P. AGUIRRE	NÚMERO	442
INTERSECCIÓN/MANZANA	B. MORENO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CENTRO MEDICO ABEL
NÚMERO DE OFICINA	307-A	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA GUAYAQUIL
CORREO ELECTRÓNICO	antoreveloj@hotmail.com	TELEFONO	052831430
		CELULAR	0994138491

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: MENDEZ CEDEÑO CARLOS ALFONSO
Identificación 0922233010

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 13/12/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.