

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ALIANSA S.A.		0992847476001	175312
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		CENTRO	PADRE AGUIRRE
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
			052381430
CORREO ELECTRÓNICO 2		aliansaludecuador@hotmail.com	CELULAR
			0994138491
SITIO WEB			FAX
			052381430

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	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CENTRO
CALLE	P. AGUIRRE	NÚMERO	sn
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	099514789

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: MENDEZ CEDEÑO CARLOS ALFONSO

Identificación 0922233010

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.