

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CLINICA DE EQUIPOS MEDICOS S.A. CLIEQMED		0992880813001	181453
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CLIEQMED		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
ALBORADA X ETAPA			N/A
INTERSECCIÓN/MANZANA SL 5A			CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
REFERENCIA UBICACIÓN A UNA CUADRA DEL UPC			CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			045017205
CORREO ELECTRÓNICO 1 julimar_129@hotmail.com			TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2 julimar_129@yahoo.com			CELULAR
			0991069168
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	CHILAN LUCAS GENNER ALIRIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0910071786
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/23/15 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE		NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	mz 306	CONJUNTO	
BLOQUE	SL 5a	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	1
CAMINO	01	REFERENCIA UBICACIÓN	MAPASINGUE ESTE
CORREO ELECTRÓNICO	julimar_129@yahoo.com	TELEFONO	5017205
		CELULAR	0991069168

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

Nombre: CHILAN LUCAS GENNER ALIRIO

Identificación 0910071786

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.