

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                                                      |                                          |               |               |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------|---------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL                          |                                          | RUC           | EXPEDIENTE    |
| COMPANIA ANONIMA CLINICA GUAYAQUIL SERVICIOS MEDICOS |                                          | 0990050368001 | 2813          |
| NOMBRE COMERCIAL                                     |                                          | PROVINCIA     | CANTON        |
|                                                      |                                          | GUAYAS        | GUAYAQUIL     |
| CIUDADELA                                            |                                          | BARRIO        | CALLE         |
|                                                      |                                          | CENTRO        | PADRE AGUIRRE |
|                                                      |                                          |               | NÚMERO        |
|                                                      |                                          |               | 401           |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                 | GENERAL CORDOVA                          | CONJUNTO      |               |
| EDIFICIO/C.C.                                        |                                          | BLOQUE        |               |
| NÚMERO DE OFICINA                                    |                                          | KM            |               |
| REFERENCIA UBICACIÓN                                 | FRENTE AL CENTRO MEDICO DOCTOR ABEL GILB | CAMINO        |               |
| CASILLERO POSTAL                                     | 844                                      | TELEFONO 1    | 042563555     |
| CORREO ELECTRÓNICO 1                                 | anunez@clinicaguayaquil.com              | TELEFONO 2    |               |
| CORREO ELECTRÓNICO 2                                 | eordonez66@gmail.com                     | CELULAR       | 0997285984    |
| SITIO WEB                                            | www.clinicaguayaquil.com                 | FAX           | 042561392     |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|                                                                |                                        |                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL                        |                       |                                         |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | GILBERT FEBRES CORDERO ROBERTO ANTONIO |                       |                                         |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                                 | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0904008174                              |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                             | NACIONALIDAD          | ECUADOR                                 |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | PRESIDENTE                             | PROVINCIA             | GUAYAS                                  |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 7/10/14 12:00 AM                       | CANTON                | GUAYAQUIL                               |
|                                                                |                                        | PARROQUIA             | GUAYAQUIL                               |
| CIUDADELA                                                      |                                        | BARRIO                |                                         |
| CALLE                                                          | PADRE AGUIRRE                          | NÚMERO                | 401                                     |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | CORDOVA                                | CONJUNTO              |                                         |
| BLOQUE                                                         |                                        | EDIFICIO/C.C.         |                                         |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                                        | KM                    |                                         |
| CAMINO                                                         |                                        | REFERENCIA UBICACIÓN  | FRENTE AL CENTRO MEDICO DR ABEL GILBERT |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | doriseo@hotmail.com                    | TELEFONO              | 042563555                               |
|                                                                |                                        | CELULAR               | 0993927920                              |

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 |

---

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.