

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

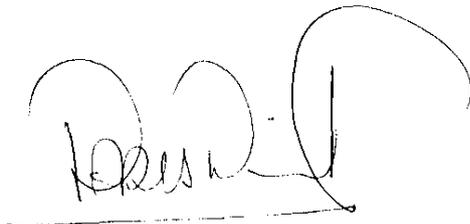
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
HOSPITAL CLINICA SAN AGUSTIN CIA. LTDA.	1190004151001	30273	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
HOSPITAL CLINICA SAN AGUSTIN CIA LTDA	LOJA	LOJA	SAN SEBASTIÁN
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	CENTRAL	18 DE NOVIEMBRE	10-72
INTERSECCIÓN/MANZANA	AZUAY	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS AL SUR DEL CENTRO COMERCIAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072570314
CORREO ELECTRÓNICO 1	pattuk_riv@hotmail.com	TELEFONO 2	272572546
CORREO ELECTRÓNICO 2	ritarodma@hotmail.com	CELULAR	0984904883
SITIO WEB		FAX	575835

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	LOJA	CANTON	LOJA
------------------	-------------	---------------	-------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RIVAS SALAZAR PATRICIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1101889317
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	LOJA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	08/05/13 12:00 AM	CANTON	LOJA
		PARROQUIA	EL SAGRARIO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	BERNARDO VALDIVIESO	NÚMERO	1019
INTERSECCIÓN/MANZANA	MIGUEL RIOFRIO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL ORFANATO MARIANITAS
CORREO ELECTRÓNICO	pattuk_riv@hotmail.com	TELEFONO	072572546
		CELULAR	0984904883



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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: RIVAS SALAZAR PATRICIA
Identificación 1101889317

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 04/12/2012

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