

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE AMBATO HOSJUAMBATO S.A.		1792727294001	305807
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
HOSPITAL SANTA INES		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		La carolina	Avenida Amazonas
			NÚMERO
			3655
INTERSECCIÓN/MANZANA	Juan Pablo Sanz	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	Antisana I	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	10	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Frente al parque de la Carolina	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	032411135
CORREO ELECTRÓNICO 1	diradministrativo.amb@sisantaines.com	TELEFONO 2	032417070
CORREO ELECTRÓNICO 2	jcontabilidad.amb@sisantaines.com	CELULAR	0995034263
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	HOLGUIN VASCONCZ CARLOS ESTEBAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1800874040
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/29/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	MIRAVALLE 2	BARRIO	MIRAVALLE 2
CALLE	PICASSO	NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRAY ANGELINO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO	N/A	REFERENCIA UBICACIÓN	N/A
CORREO ELECTRÓNICO	cholguin@constructoratohogar.com	TELEFONO	022922081
		CELULAR	0992754885

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA JURIDICA		
RAZÓN SOCIAL	CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SANTA INES SA		
NÚMERO DE EXPEDIENTE	0	RUC	0190006808001

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.