

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ASOGALENICA S.A.		0190314588001	32567	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		AZUAY	CUENCA	HUAYNACÁPAC
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			MANUEL J. CALLE	1-59
INTERSECCIÓN/MANZANA	PAUCARBAMBA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	8VO.	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA PLAZA MEDICA	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072810526	
CORREO ELECTRÓNICO 1	sanjuandedios2010@hotmail.com	TELEFONO 2	074125046	
CORREO ELECTRÓNICO 2	anisabelpas@hotmail.com	CELULAR	0998433138	
SITIO WEB		FAX	072810526	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PINEDA RAMON EMILTERIO ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0101766780
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE EJECUTIVO	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/24/14 12:00 AM	CANTON	CUENCA
		PARROQUIA	BANOS
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	PEDRO GOMEZ	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAMINO VIEJO A TURI	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO A TURI
CORREO ELECTRÓNICO	alexpededar@yahoo.com.es	TELEFONO	4103850
		CELULAR	0999500700

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

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.