

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>EXPEDIENTE</b>	
METRISA METROPOLITANA RIOBAMBA CLINICA DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS S.A.		0690074141001	36084	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTON</b>	<b>PARROQUIA</b>
		CHIMBORAZO	RIOBAMBA	
<b>CIUDADELA</b>		<b>BARRIO</b>	<b>CALLE</b>	<b>NÚMERO</b>
		LA PANADERIA	JUNÍN	25-28
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	ESPAÑA		<b>CONJUNTO</b>	
<b>EDIFICIO/C.C.</b>			<b>BLOQUE</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>	P.B.		<b>KM</b>	
<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	A DOS CUADRAS DEL HOSPITAL PEDIATRICO AL	<b>CAMINO</b>		
<b>CASILLERO POSTAL</b>		<b>TELEFONO 1</b>		032941930
<b>CORREO ELECTRÓNICO 1</b>	gaby_bucheli@hotmail.com	<b>TELEFONO 2</b>		032941930
<b>CORREO ELECTRÓNICO 2</b>	alemar1225@yahoo.es	<b>CELULAR</b>		0995437990
<b>SITIO WEB</b>		<b>FAX</b>		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

<b>PROVINCIA</b>	CHIMBORAZO	<b>CANTON</b>	RIOBAMBA
------------------	------------	---------------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

<b>TIPO DE PERSONA</b>	PERSONA NATURAL		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	CEVALLOS RIVERA MONICA BEATRIZ		
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	CEDULA	<b>No. DE IDENTIFICACIÓN</b>	0601803620
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	INDIVIDUAL	<b>NACIONALIDAD</b>	ECUADOR
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	GERENTE GENERAL	<b>PROVINCIA</b>	CHIMBORAZO
<b>FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL</b>	1/8/14 12:00 AM	<b>CANTON</b>	RIOBAMBA
		<b>PARROQUIA</b>	RIOBAMBA
<b>CIUDADELA</b>		<b>BARRIO</b>	
<b>CALLE</b>	CORREA	<b>NÚMERO</b>	s/n
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	QUIROLA	<b>CONJUNTO</b>	
<b>BLOQUE</b>		<b>EDIFICIO/C.C.</b>	LOS TULIPANES
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>		<b>KM</b>	
<b>CAMINO</b>		<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	A LA VUELTA DE ALMACEN EL FOCO NORTE
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	gaby_bucheli@hotmail.com	<b>TELEFONO</b>	032941930
		<b>CELULAR</b>	0995554073

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.