

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
RUTHY CIA.LTDA.		0791713293001	39731
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CLINICA TRAUMATOLOGIA		EL ORO	MACHALA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
LA CAROLINA		LA CAROLINA	EDGAR CORDOVA POLO S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	MARCEL LANIADO	CONJUNTO	00
EDIFICIO/C.C.	CLINICA TRAUMATOLOGICA	BLOQUE	00
NÚMERO DE OFICINA	00	KM	00
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE C.C. UNIORO	CAMINO	00
CASILLERO POSTAL	00	TELEFONO 1	2981060
CORREO ELECTRÓNICO 1	clinicadetraumatologia@hotmail.com	TELEFONO 2	2981060
CORREO ELECTRÓNICO 2	anitasalazar26@outlook.com	CELULAR	0995790623
SITIO WEB		FAX	2981060

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
-----------	--------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VELASCO CASTILLO RUTH YOLANDA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0701085417
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/27/13 12:00 AM	CANTON	MACHALA
		PARROQUIA	MACHALA
CIUDADELA	LA CAROLINA	BARRIO	00
CALLE	EDGAR CORDOVA POLO	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	MARCEL LANIADO	CONJUNTO	00
BLOQUE	00	EDIFICIO/C.C.	CLINICA DE TRAUMATOLOGIA
NÚMERO DE OFICINA	00	KM	00
CAMINO	00	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL C.C.UNIORO
CORREO ELECTRÓNICO	clinicadetraumatologia@hotmail.com	TELEFONO	2981060
	m	CELULAR	0995790623

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	X	NO	
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.