



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
CLINICA INTERNACIONAL INTERSANITAS SA	1790755517001	45580	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	AV. AMERICA	AV. AMERICA	N32-82
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV.ATAHUALPA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CLINICA INTERNACIONAL	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL COLEGIO LA DOLOROSA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2521140
CORREO ELECTRÓNICO 1	priera@clinicainternacional.com.ec	TELEFONO 2	2529488
CORREO ELECTRÓNICO 2	clinter@clinicainternacional.com.ec	CELULAR	0998521509
SITIO WEB		FAX	2561799

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AVILA RIVAS PATRICIO ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1700203522
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE EJECUTIVO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/30/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	RUMIPAMBA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	ALONSO DE TORRES	NÚMERO	N
INTERSECCIÓN/MANZANA	BECK ROLLO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CLINICA INTERNACIONAL
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CENTRO COMERCIAL EL BOSQUE
CORREO ELECTRÓNICO	pavila@ecuasanitas.com	TELÉFONO	2439692
		CELULAR	0999442292

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.