

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
NOVA CLINICA S.A.		1791138732001	47042
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
NOVA CLINICA S.A.		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		LA MARISCAL	VEINTIMILLA
			NÚMERO
			E1-71
INTERSECCIÓN/MANZANA	10 DE AGOSTO Y PAEZ	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	NOVA CLINICA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	PARQUE JULIO ANDRADE	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022903030
CORREO ELECTRÓNICO 1	novaclinicasa@andinet.net	TELEFONO 2	022545901
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@novaclinicasa.com	CELULAR	0999722446
SITIO WEB	www.novaclinicasantacecilia.com	FAX	022228184

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MERINO ZALDUMBIDE DIEGO GERMAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704447596
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRA MIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/13/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	Mariano Echeverria	NÚMERO	Oe 583
INTERSECCIÓN/MANZANA	Feijoo	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Quito Tennis
CORREO ELECTRÓNICO	diego merinoz@yahoo.com	TELEFONO	2545-390
		CELULAR	0995706708

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

Nombre: MERINO ZALDUMBIDE DIEGO GERMAN

Identificación 1704447596

REPRESENTANTE LEGAL

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.