

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.	1791279352001	48641
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	LA CONCEPCION	AV. ATAHUALPA
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 10 DE AGOSTO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	ATAHUALPA BUSINESS CENTER	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	6	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL BANCO DEL ESTADO	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	karen.vallejo@humana.med.ec	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	juanfrancisco.cabrera@humana.med.ec	CELULAR
SITIO WEB	www.humana.com.ec	FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALBUJA ESPINOSA PABLO RODRIGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710245729
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/2/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	LA CONCEPCION
CALLE	AV. ATAHUALPA	NÚMERO	OE1-198
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 10 DE AGOSTO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	ATAHUALPA BUSSINESS CENTER
NÚMERO DE OFICINA	6	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL BANCO GENERAL DEL ESTADO
CORREO ELECTRÓNICO	pablo.albuja@humana.med.ec	TELEFONO	022229429
		CELULAR	0998343315

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.