

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ASISMED S.A. AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS		0992841672001	601241
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
ASISMED S.A.		GUAYAS	SAMBORONDON
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			VIA SAMBORONDON
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
URB. MANGLERO			KM 5.5
EDIFICIO/C.C.	GLOBAL CENTER	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	101	KM	5.5
REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DE GLOBAL CENTER	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042928018
CORREO ELECTRÓNICO 1	aalcivar@asismed.org	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@asismed.org	CELULAR	0994348709
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	SAMBORONDÓN
-----------	--------	--------	-------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALCIVAR GUZMAN ALVARO ANDRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0908899917
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/10/13 12:00 AM	CANTON	SAMBORONDÓN
		PARROQUIA	SAMBORONDON
CIUDADELA	URB. TORRE DEL SOL	BARRIO	
CALLE	VIA A SAMBORONDON	NÚMERO	KM 3.5
INTERSECCIÓN/MANZANA	NA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO LICEO PANAMERICANO
CORREO ELECTRÓNICO	aalcivar@asismed.org	TELEFONO	6011223
		CELULAR	0994348709

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.