

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
CLINICA MATERNAL Y DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LAS MERCEDES CLA/IMER CIA. LTDA.	0190365638001	60191
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	AZUAY	SANTA ISABEL
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	RAFAEL GALARZA	RAFAEL GALARZA
INTERSECCIÓN/MANZANA	MANABI	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOSPITAL FELIX VALDIVIESO	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	clinicacvivimer@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	gaby19881@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX
		2270119
		2270925
		0984569728

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	SANTA ISABEL
------------------	--------------	---------------	---------------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL
APELLIDOS Y NOMBRES	ARMIJOS DURAN CLERMO VINICIO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	13/11/14 0:00
CIUDADELA	
CALLE	RAFAEL GALARZA
INTERSECCIÓN/MANZANA	ENTRE MANABI Y CESAR CASTILLO
BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	
CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO	gaby19881@hotmail.com
No. DE IDENTIFICACIÓN	0101136257
NACIONALIDAD	ECUADOR
PROVINCIA	AZUAY
CANTON	SANTA ISABEL
PARROQUIA	SANTA ISABEL (CHAGUARURCO)
BARRIO	
NÚMERO	S/N
CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	
KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	diagonal al hospital
TELEFONO	2270925
CELULAR	0984569728

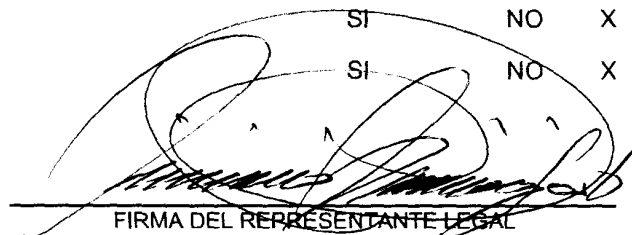
Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ARMIJOS DURAN CLERMO VINICIO

Identificación 0101136257

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.