

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MEDICINA Y TRAUMATOLOGIA MEDITRAUMA S.A.		0992683376001	62753
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ENTRE CHIMBORAZO Y CORONEL		JUNTO A LA CLÍNICA	CAÑAR
EDIFICIO/C.C.		ALCÍVAR	NÚMERO
FUNDACION ALCIVAR		ALCÍVAR	607
NÚMERO DE OFICINA		CONJUNTO	
REFERENCIA UBICACIÓN		BLOQUE	
JUNTO A CLINICA ALCIVAR		KM	
CASILLERO POSTAL		CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 1	042442983
ptorres@hospitalalcivar.com		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0985010212
acastillo@hospitalalcivar.com		FAX	
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LEON SORIANO ANGELA MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0915890354
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	LIQUIDADOR PRINCIPAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRIAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/9/17 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CALLE	GENERAL GOMEZ	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	NOGUCHI	NÚMERO	1
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO EL ASTILLERO
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	aleon@hospitalalcivar.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A MARISQUERIA SALINAS
		TELEFONO	042442983
		CELULAR	0991456126

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: LEON SORIANO ANGELA MARIA

Identificación 0915890354

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.