

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CENTRO DE DIAGNOSTICO OCULAR CDO S.A.		1792278449001	63161
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
EL BATAN		EL BATAN	AV 6 DE DICIEMBRE
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
AV. ELOY ALFARO			
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		A UNA CUADRA DEL CONSEJO NACIONAL ELECTO	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022250324
CORREO ELECTRÓNICO 1		yolyacosta@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		andresvall_17@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX	0987444359
			022250324

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANCHO HERDOIZA BYRON MARCELO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0600241202
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/16/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	EL BATAN
CALLE	AV. 6 DE DICIEMBRE	NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. ELOY ALFARO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA AL NORTE DEL CONSEJO NACIONAL
CORREO ELECTRÓNICO	bmsanchohmd@yahoo.com	TELEFONO	02250324
		CELULAR	0992859854

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.