

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS CLEMED S.A.		0390028695001	6517	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		CAÑAR	AZOGUES	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
TRES DE NOVIEMBRE			RIVERA	3-17
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN			KM	
FRENTE A PRODUBANCO			CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	2242936
CORREO ELECTRÓNICO 1		abrahaml85@hotmail.com	TELEFONO 2	0995938935
CORREO ELECTRÓNICO 2		administracion@clemedsa.com	CELULAR	0995938935
SITIO WEB			FAX	0000000

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CAÑAR	CANTON	AZOGUES
-----------	-------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ABAD BRAVO LUIS ARIOSTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0300373909
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	CAÑAR
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/18/14 12:00 AM	CANTON	AZOGUES
CIUDADELA	CHARASOL	PARROQUIA	AZOGUES
CALLE	AZOGUES	BARRIO	BORRERO
INTERSECCIÓN/MANZANA	PANAMERICANA SUR	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	ariosto522000@yahoo.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DEL COLEGIO DE LOS MEDICOS DEL CAÑAR
		TELEFONO	0999884230
		CELULAR	0999884230

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.