

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

| | | | |
|--|-----------------------|--------------------|------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | RUC | EXPEDIENTE | |
| SANTA FE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS HOSPSANFE S.A. | 0691746488001 | 702136 | |
| NOMBRE COMERCIAL | PROVINCIA | CANTON | PARROQUIA |
| | CHIMBORAZO | RIOBAMBA | |
| CIUDADELA | BARRIO | CALLE | NÚMERO |
| | | AV.UNIDAD NACIONAL | 3612 |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | URUGUAY | CONJUNTO | |
| EDIFICIO/C.C. | | BLOQUE | |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM | |
| REFERENCIA UBICACIÓN | CLINICA RIOBAMBA | CAMINO | |
| CASILLERO POSTAL | | TELEFONO 1 | 03230030 |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | compa_nia@yahoo.es | TELEFONO 2 | |
| CORREO ELECTRÓNICO 2 | maocubita@hotmail.com | CELULAR | 0990024001 |
| SITIO WEB | | FAX | |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

| | | | |
|-----------|------------|--------|----------|
| PROVINCIA | CHIMBORAZO | CANTON | RIOBAMBA |
|-----------|------------|--------|----------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|--|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | CUSHPA GUAMAN MAURO RUBEN | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0603343179 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | GERENTE GENERAL | PROVINCIA | CHIMBORAZO |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 4/15/15 12:00 AM | CANTON | CHAMBO |
| | | PARROQUIA | CHAMBO |
| CIUDADELA | | BARRIO | LA DOLOROSA |
| CALLE | MERCEDES MONCAYO | NÚMERO | esquina |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | 18 DE MARZO | CONJUNTO | |
| BLOQUE | | EDIFICIO/C.C. | |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM | |
| CAMINO | | REFERENCIA UBICACIÓN | DIAGONAL AL SUBCENTRO DE SALUD |
| CORREO ELECTRÓNICO | gasmanoa@hotmail.com | TELEFONO | 032300306 |
| | | CELULAR | 0998306669 |

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

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | OCHOA ALVAREZ GASMAN HUMBERTO | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1103311088 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | PRESIDENTE | PROVINCIA | CHIMBORAZO |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 4/15/15 12:00 AM | CANTON | RIOBAMBA |
| | | PARROQUIA | RIOBAMBA |
| CIUDADELA | | BARRIO | SANTA ANA |
| CALLE | PROLONGACION PASTAZA | NÚMERO | sn |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | PASTAZA | CONJUNTO | |
| BLOQUE | | EDIFICIO/C.C. | |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM | |
| CAMINO | | REFERENCIA UBICACIÓN | HOSPITAL ANDINO A DOS CUADRAS |
| CORREO ELECTRÓNICO | gasmanoa@hotmail.com | TELEFONO | 032300308 |
| | | CELULAR | 0999003983 |

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.