

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
J.J.P. HOSPITALARIA S.L.		1792599733001	703233	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
MADRID		STA. ISABEL	ISABEL LA CATÓLICA	B2B E12-19
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
ISABELLA PLAZA		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
407		CAMINO		
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1		
DIAGONAL AL SUPERMAXI		023826777		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR		
gutierrezperezalicia81@gmail.com		0959653326		
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX		
rtapia@progressservices.com.ec				
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GUTIERREZ ALICIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	AAI865564
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/2/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	Isabel La Catolica	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Madrid	NÚMERO	B2B E12-19
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	407	EDIFICIO/C.C.	Isabella Plaza
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	aliciagutierrez@jjphospitalaria.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Diagonal al Supermaxi
		TELEFONO	023826777
		CELULAR	0999517988

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.