

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SERVICIO DE SALUD SAVISIN S.A.		0992934670001	704204
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CIUDAD COLON		NORTE	CIUDAD COLON
INTERSECCIÓN/MANZANA 277			NÚMERO
EDIFICIO/C.C. C3			SOLAR 3
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
REFERENCIA UBICACIÓN DENTRO DE CIUDAD COLON			BLOQUE
CASILLERO POSTAL			KM
CORREO ELECTRÓNICO 1 savisin@hotmail.com			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2 massizarina@yahoo.com			TELEFONO 1
SITIO WEB			TELEFONO 2
			CELULAR
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MASSI AGUIRRE ZARINA JOVANKA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0917096398
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/11/15 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA	CIUDAD COLON	BARRIO	NORTE
CALLE	CALLE PUBLICA	NÚMERO	piso 8
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE PUBLICA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	C3
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DENTRO DE CIUDAD COLON
CORREO ELECTRÓNICO	zarinamassi@hotmail.com	TELEFONO	042201888
		CELULAR	0993979758

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.