

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

| | | | |
|--|--|---------------|-----------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | EXPEDIENTE |
| BOSTON SERVICIOS MEDICOS DE ECUADOR BOSTONMED S.A. | | 1792970369001 | 722412 |
| NOMBRE COMERCIAL | | PROVINCIA | CANTON |
| CIUDADELA | | PICHINCHA | QUITO |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | | BARRIO | CALLE |
| ALEMANIA | | | AV. ELOY ALFARO |
| EDIFICIO/C.C. | | | CONJUNTO |
| FORTUNE PLAZA OF. 1107 | | | BLOQUE |
| NÚMERO DE OFICINA | | | KM |
| REFERENCIA UBICACIÓN | | | CAMINO |
| FRENTE A LA "CLÍNICA PASTEUR" | | | TELEFONO 1 |
| CASILLERO POSTAL | | | 4505535 |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | | | TELEFONO 2 |
| asistentelegal@puenteasociados.com | | | CELULAR |
| CORREO ELECTRÓNICO 2 | | | 0968823413 |
| SITIO WEB | | | FAX |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | SANCHEZ CANO STEFANO ARIEL | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1725610602 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | PRESIDENTE | PROVINCIA | PICHINCHA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 3/14/19 12:00 AM | CANTON | QUITO |
| CIUDADELA | | PARROQUIA | QUITO |
| CALLE | DE LAS CAMELIAS | BARRIO | |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | DE LAS NUECES | NÚMERO | E17-284 |
| BLOQUE | | CONJUNTO | |
| NÚMERO DE OFICINA | | EDIFICIO/C.C. | |
| CAMINO | | KM | |
| CORREO ELECTRÓNICO | stefanoarielsc@gmail.com | REFERENCIA UBICACIÓN | COLEGIO HONTANAR |
| | | TELEFONO | 023263176 |
| | | CELULAR | 0998653430 |

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 | SANCHEZ VILLA DANIEL ALEJANDRO | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1713592655 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | GERENTE GENERAL | PROVINCIA | PICHINCHA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 5/27/19 12:00 AM | CANTON | QUITO |
| | | PARROQUIA | QUITO |
| CIUDADELA | | BARRIO | |
| CALLE | RAFAEL ALMEIDA | NÚMERO | N42-32 |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | MARIANO ECHEVERRIA | CONJUNTO | |
| BLOQUE | | EDIFICIO/C.C. | |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM | |
| CAMINO | | REFERENCIA UBICACIÓN | EDIFICIO ROYAL TENIS |
| CORREO ELECTRÓNICO | dsanchez@bostonmedical.com.co | TELÉFONO | 024505535 |
| | | CELULAR | 0968823413 |

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 |
| ES EMPRESA FAMILIAR | SI | NO | X |
| ¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO? | SI | NO | X |

Nombre: SANCHEZ VILLA DANIEL ALEJANDRO
Identificación 1713592655

REPRESENTANTE LEGAL

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.