

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ECUASANITAS SA		1790363333001	7265
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
LA PINTA		LA MARISCAL	LA RABIDA
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
ECUASANITAS		BLOQUE	N26-71
NÚMERO DE OFICINA		KM	
3		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	2546066
FRENTE EDIFICIO ALCATEL		TELEFONO 2	
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0998326858
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	
silvia@ecuasanitas.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
mjuma@ecuasanitas.com			
SITIO WEB			
www.ecuasanitas.com			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AVILA RIVAS PATRICIO ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1700203522
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/25/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	ALONSO DE TORRES	PARROQUIA	QUITO
CALLE	ALONSO DE TORRES	BARRIO	EL BOSQUE
INTERSECCIÓN/MANZANA	BECK ROLLO	NÚMERO	No. 3
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	CLINICA INTERNACIONAL
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	pavila@ecuasanitas.com	REFERENCIA UBICACIÓN	CENTRO COMERCIAL EL BOSQUE
		TELEFONO	2439692
		CELULAR	0999442292

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.