

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA S.A.		1791334493001	85029
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
S/N		LA MARISCAL	ULPIANO PAEZ
INTERSECCIÓN/MANZANA		AV. PATRIA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		ISPADE	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		5	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE AL PARQUE EL EJIDO	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		agonzalez@vidasana.ec	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		contabilidad@vidasana.ec	CELULAR
SITIO WEB		www.vidasana.ec	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	GONZALEZ MONCAYO ANIBAL AUGUSTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1102459391
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/25/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	PONCIANO	BARRIO	PONCIANO
CALLE	DE LOS CIRUELOS	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	REAL AUDIENCIA	CONJUNTO	VISTA REAL
BLOQUE	B	EDIFICIO/C.C.	VISTA REAL
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PARQUE DE LOS RECUERDOS
CORREO ELECTRÓNICO	agonzalez@vidasana.ec	TELEFONO	2540985
		CELULAR	0998352278

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.