

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ALMEIDA MONTERO CIA. LTDA.		1791401190001	86140
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
LA CAROLINA		LA CAROLINA	SUIZA
INTERSECCIÓN/MANZANA		AV ELOY ALFARO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		EDF. SANTA LUCIA	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		P.B.	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		DIAGONAL A LA ALIANZA FRANCESA	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			2274900
CORREO ELECTRÓNICO 1		croman@clnicasantalucia.com.ec	TELEFONO 2
			2274901
CORREO ELECTRÓNICO 2		polaya@clnicasantalucia.com.ec	CELULAR
			0999849978
SITIO WEB		www.clinicasantalucia.com.ec	FAX
			2274901

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ROMAN SANCHEZ CRISTIAN SEBASTIAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1715235519
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/16/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	PRINCESA CACCHA	NÚMERO	209
INTERSECCIÓN/MANZANA	PRINCESA TOA	CONJUNTO	6 DE DICIEMBRE
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PETROCOMERCIAL
CORREO ELECTRÓNICO	croman@clnicasantalucia.com	TELEFONO	2345619
		CELULAR	0994206795

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.