FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL CLINICA CONTINENTAL, CONTICLINICA S.A.	RUC 0590061182001	EXPEDIENTE 86244	
NOMBRE COMERCIAL CIUDADELA	PROVINCIA COTOPAXI	CANTON LATACUNGA	PARROQUIA NÚMERO 9-23
INTERSECCIÓN/MANZANA EDIFICIO/C.C.	BARRIO RUMIPAMBA DE LAS ROSAS	CALLE REMIGIO ROMERO C.	CONJUNTO BLOQUE KM
NÚMERO DE OFICINA REFERENCIA UBICACIÓN CASILLERO POSTAL	MEDARDO ANGEL SILVA DIAGONAL A LA ESC. CLUB ROTARIO	CAMINO TELEFONO 1	TELEFONO 2 2813816
CORREO ELECTRÓNICO 1 CORREO ELECTRÓNICO 2	clinicacontinental@hotmail.com alex666_1978@hotmail.com	CELULAR	0983410106
SITIO WEB		FAX	2804805

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	LATACUNGA
------------------	-----------------	---------------	------------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALVAREZ QUIROZ CESAR AUGUSTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0500175385
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	23/07/13 0:00	CANTON	LATACUNGA
CIUDADELA		PARROQUIA	LA MATRIZ
CALLE	REMIGIO ROMERO Y CORDERO	BARRIO	RUMIPAMBA
INTERSECCIÓN/MANZANA	MEDARDO NGEL SILVA	NÚMERO	9-23
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	clinicacontinental@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL ESC. CLUB
		TELEFONO	032813816
		CELULAR	0983401010

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ALVAREZ QUIROZ CESAR AUGUSTO
Identificación 0500175385

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 18/12/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.