

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CLINMEYD S.A.		1791712633001	88549
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL ROSARIO	AV. DE LA PRENSA
			NÚMERO
			N58-154
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV.CRISTOBAL VACA DE CASTRO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	LUIS CALDERON	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	3.A	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	COTOCOLLAO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2599085
CORREO ELECTRÓNICO 1	gborja@northospital.ec	TELEFONO 2	2599083
CORREO ELECTRÓNICO 2	facosta@prolipa.com	CELULAR	0997508781
SITIO WEB	www.northospital.ec	FAX	3934100

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	HERNANDEZ ROSERO DIEGO ARMANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0401093679
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	21/08/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CHILLOGALLO
CIUDADELA	CHILLOGALLO	BARRIO	CHILLOGALLO
CALLE	PASAJE F	NÚMERO	Oe7-16
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE B	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DETRAS SUPERMERCADO
CORREO ELECTRÓNICO	gerenciag@northospital.ec	TELEFONO	STA. MARIA 022620891
		CELULAR	0997508781


**SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS**
08 ENE. 2015
OPERADOR 16
QUITO

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

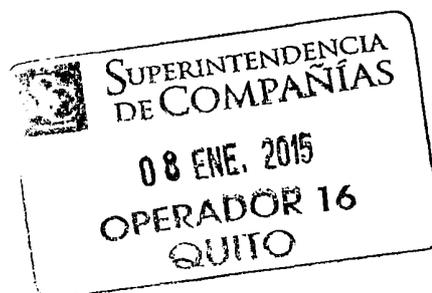


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: HERNANDEZ ROSERO DIEGO ARMANDO
Identificación 0401093679

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones



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