

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
CLINICA EL INCA INCACLINIC CIA. LTDA.		1791812050001	92001	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
AV. EL INCA		SAN ISIDRO DEL INCA	AV. 6 DE DICIEMBRE	7555
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		MARINGA
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
REFERENCIA UBICACIÓN		KM		
DIAGONAL A LA FARMACIA PHARMACYS		CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2274192	
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	2813768	
ommm72@hotmail.com		CELULAR	0999493117	
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX		
karlosjulionoboa@hotmail.com				
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MADRID MUÑOZ VICTOR MANUEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704160546
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/21/06 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	BALDERRAMA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	OBISPO DIAZ DE LA MADRID	NÚMERO	N29-103
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	jenifer_cgr93@live.com	REFERENCIA UBICACIÓN	CASA ESQUINARA OESTE
		TELEFONO	2274192
		CELULAR	0995289452

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

Nombre: MADRID MUÑOZ VICTOR MANUEL

Identificación 1704160546

REPRESENTANTE LEGAL

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.