

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MOLINA MALDONADO MEDICOS CIA. LTDA.		0190346781001	95219
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		AZUAY	CUENCA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
FEDERICO PROAÑO			DANIEL CORDOVA
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
CONSULTORIOS SANTA ANA			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
OF001			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			CAMINO
FRENTE CONSULTORIOS TORRE MEDICA			TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			2822179
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
asistente_cue@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR
pichu_3192@hotmail.com			0998174941
SITIO WEB			FAX
			2839257

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MALDONADO AGUILAR PATRICIA BEATRIZ		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0101036606
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/6/15 12:00 AM	CANTON	CUENCA
CIUDADELA		PARROQUIA	CUENCA
CALLE	DANIEL CORDOVA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	FEDERICO PROAÑO	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	CONSULTORIOS SANTA INES
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	cosmica_k@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE EDIFICIO TORRE MEDICA
		TELEFONO	072822179
		CELULAR	0999762021

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.