

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

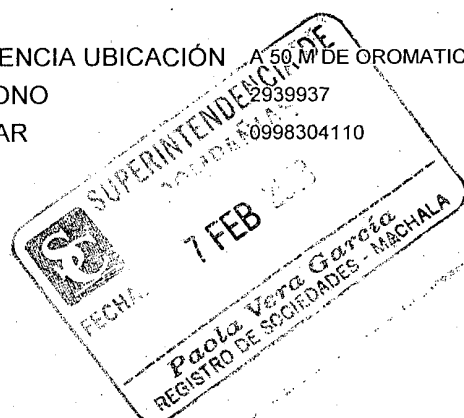
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CLINICA AGUILAR C. LTDA.		0791732557001	97301
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CLINICA AGUILAR	EL ORO	MACHALA	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	9 DE MAYO	PICHINCHA	1105
INTERSECCIÓN/MANZANA	9 DE MAYO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CLINICA AGUILAR	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A CINCUENTA METROS DE OROMATIC	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2932540
CORREO ELECTRÓNICO 1	miguel_aguilar@clinicaaguilar.com	TELEFONO 2	2934448
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@clinicaaguilar.com	CELULAR	0998304110
SITIO WEB		FAX	2939937r

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
------------------	--------	---------------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O OPODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
NOMBRES Y APELLIDOS	AGUILAR LOAIZA MIGUEL ANGEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0700606700
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	22/01/13 0:00	CANTON	MACHALA
		PARROQUIA	MACHALA
CIUDADELA		BARRIO	9 DE MAYO
CALLE	PICHINCHA	NÚMERO	1105
INTERSECCIÓN/MANZANA	9 DE MAYO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 50 M DE OROMATIC
CORREO ELECTRÓNICO	miguel_aguilar@clinicaaguilar.com	TELEFONO	2939937
		CELULAR	0998304110



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

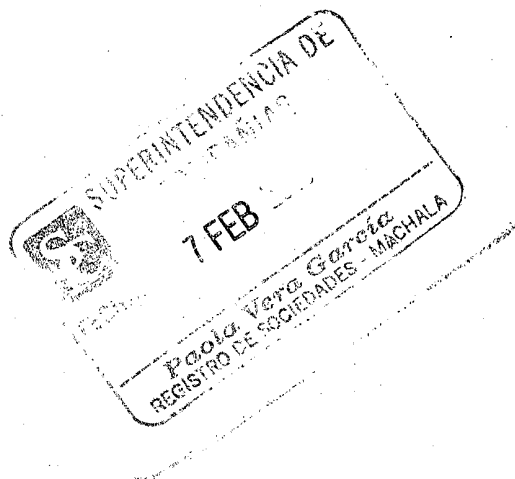


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: AGUILAR LOAIZA MIGUEL ANGEL

Identificación 0700606700

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA



NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 04/12/2012

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