

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
		EL ORO	MACHALA	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	contabilidad@clinicaaguilar.com	TELEFONO 2	2934448	
CORREO ELECTRÓNICO 2	miguel_aguilar@clinicaaguilar.com	CELULAR	0998304110	
SITIO WEB		FAX	2939937r	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	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 NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/13/17 12:00 AM	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, 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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.