

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HOMECARE HOME CARE DEL ECUADOR CIA. LTDA.		1792067626001	156738	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			VEINTIMILLA	E384
INTERSECCIÓN/MANZANA	9 DE OCTUBRE	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	CONSULTORIOS PICHINCHA	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	205	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A JUAN MARCET	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022541881	
CORREO ELECTRÓNICO 1	jsalazar@bcgdelecuador.com	TELEFONO 2	022543034	
CORREO ELECTRÓNICO 2	homecare.ecu@gmail.com	CELULAR	0986101155	
SITIO WEB		FAX	2543034	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RAAD ANTON JEAN MICHEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1702895242
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/18/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	LEONARDO TEJADA	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	ANTONIO SALGUERO SALAS	CONJUNTO	ALTAVISTA
BLOQUE	DELFO 602	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A TRES CUADRAS DEL REDONDEL DEL CICLISTA
CORREO ELECTRÓNICO	jean.raad@gmail.com	TELEFONO	6001767
		CELULAR	0998539404

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.