

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRADEMEDIC CIA. LTDA.		1792078369001	157547
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTÓN
TRADEMED		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL BATAN	PRADERA
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	
MARIANO AGUILERA			
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
SANTORINI			
NÚMERO DE OFICINA		KM	
PIS 3			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
TRAS EL EDIFICIO DE TELEFONICA MOVISTAR			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	026020762
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
ppardo@trademed.ec		CELULAR	0986263244
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
jromero@proserint.com.ec			
SITIO WEB			
www.trademed.ec			

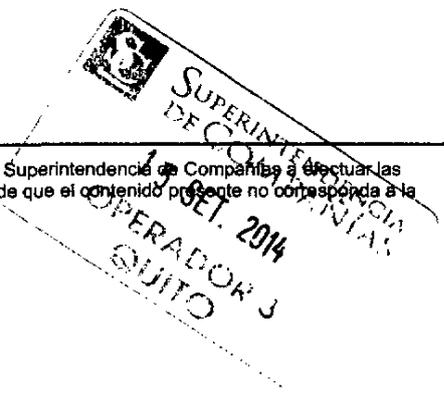
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTÓN	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ANTUNEZ DONOSO JOSEBA MIKEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710078484
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/07/14 0:00	CANTÓN	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CUMBAYÁ
CALLE		BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		NÚMERO	15
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	ppardo@trademed.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	A UN KILOMETRO DE LA ESTACION DE SERVICIO
		TELEFONO	096020762E
		CELULAR	0999706030

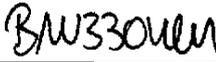
Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO	
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

x 

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ANTUNEZ DONOSO JOSEBA MIKEL
Identificación 1710078484

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

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