

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRADEMEDIC CIA. LTDA.		1792078369001	157547
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
TRADEMEDIC		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL BATAN	AV. PAMPITE
INTERSECCIÓN/MANZANA		PASAJE DARIO DONOSO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		OFFICE CENTER CUMBAYA	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		202	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		SECTOR UNIVERSIDAD USFQ	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		mantunez@trade-medic.com	026020762
CORREO ELECTRÓNICO 2		ggallardo@trade-medic.com	TELEFONO 2
SITIO WEB		www.trademed.ec	CELULAR
			0982568908
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	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	7/14/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	TUMBACO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CALLE	NÚMERO	15
INTERSECCIÓN/MANZANA	15	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A UN KILOMETRO DE LA ESTACION DE SERVICIO
CORREO ELECTRÓNICO	ggallardo@trade-medic.com	TELEFONO	026020762
		CELULAR	0999706030

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	X	NO	
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.