

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRAUMAPEDICS CIA. LTDA.		0992844302001	172546
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
KENNEDY NORTE			ALEJANDRO ANDRADE COELLO
INTERSECCIÓN/MANZANA		JUAN ROLANDO	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		CLINICA SAN FRANCISCO	27-29
NÚMERO DE OFICINA		313-4	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		DETRAS DE RESTAURANTE MCDONALDS	201
CASILLERO POSTAL			KM
CORREO ELECTRÓNICO 1		jordo_ec@hotmail.com	CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2		njjdirr@hotmail.com	TELEFONO 1
SITIO WEB			TELEFONO 2
			046039968
			046024470
			0959569034
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ABAD DECKER PATSY FLOR MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0908915804
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	CONJUNTA	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/30/13 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA	Kennedy Norte	PARROQUIA	TARQUI
CALLE	AV. FRANCISCO DE ORELLANA	BARRIO	kennedy
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 111	NÚMERO	s/n
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	424	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	patsy@offsetabad.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Junto a la Matriz del SRI
		TELEFONO	042630910
		CELULAR	0994000089

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.