

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SUMINISTROS Y EQUIPOS TECNICOS TECNOTEC C. LTDA.		1790919463001	18297
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
LA MARISCAL		BARRIO	CALLE
LA MARISCAL		LA MARISCAL	LEONIDAS PLAZA
INTERSECCIÓN/MANZANA		LUIS CORDERO	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA		PB	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		HOSPITAL BACA ORTIZ	KM
CASILLERO POSTAL		1703-9461	CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		morawski@uio.satnet.net	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		flvcaudit@yahoo.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			FAX
			022229293
			022546-296
			0987203516

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MORAWSKI KEOGH TOMASZ PATRICK		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711054971
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/18/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	la mariscal	PARROQUIA	QUITO
CALLE	LEONIDAS PLAZA	BARRIO	la mariscal
INTERSECCIÓN/MANZANA	luis cordero	NÚMERO	N24-423
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	tecnotecu@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	junto hospital baca ortiz
		TELEFONO	2229293
		CELULAR	0992566719

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	X	NO	
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.