

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TECNOLOGIA ELECTRONICA MEDICA TELMED CIA. LTDA.		0190019322001	32247
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		AZUAY	CUENCA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AMAZONAS			GUAYAS
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA			1-25
REFERENCIA UBICACIÓN		A TRES CUADRAS DE LOS TOTEMS	CONJUNTO
CASILLERO POSTAL			BLOQUE
CORREO ELECTRÓNICO 1		rociocardenasb@hotmail.com	KM
CORREO ELECTRÓNICO 2		rociocardenasb@hotmail.com	CAMINO
SITIO WEB		www.telmedcialtda.com	TELEFONO 1
			2888186
			TELEFONO 2
			2888186
			CELULAR
			0995691356
			FAX
			2888186

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GARCIA DELGADO MANUEL FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0103587572
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/17/16 12:00 AM	CANTON	CUENCA
CIUDADELA		PARROQUIA	PACCHA
CALLE	VIA UCUBAMBA PACCHA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	CERCA DEL POLIGONO DE TIRO	NÚMERO	S/N
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	telmed.cia@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA DEL POLIGONO DE
		TELEFONO	4058057
		CELULAR	0999283513

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.