



## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

### INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
TRAUMAMED S.A.		1790809153001		45827
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	ATAHUALPA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.	CASA	LA GRANJA	HERNANDO DE LA CRUZ	N32-206
NÚMERO DE OFICINA	PB			
REFERENCIA UBICACIÓN	ESQUINA FRENTE A UNIVISA		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	023202733
CORREO ELECTRÓNICO 1	traumame@traumamed.com.ec		TELEFONO 2	022567357
CORREO ELECTRÓNICO 2	angela.villacis@traumamed.com.ec		CELULAR	0998955784
SITIO WEB	www.traumamed.com.ec		FAX	022567357

### IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

### INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZAVALA HERNANDEZ RAFAEL MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0600335095
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/13/20 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	COTOCOLAO	BARRIO	EL CONDADO
CALLE	RICARDO DESCALSI	NÚMERO	1047
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE A1	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	URB.CONDADO
CORREO ELECTRÓNICO	rafael.zavala@traumamed.com.ec	TELEFONO	022498035
		CELULAR	0998242430

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	SI	NO	X

Nombre: ZAVALA HERNANDEZ RAFAEL MARIA  
Identificación 0600335095

REPRESENTANTE LEGAL

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.