

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
TELEACCESS S.A.		1791332504001	49987	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		EL BATÁN	AV. REPÚBLICA DEL SALVADOR	N35-104
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. PORTUGAL		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	TWIN TOWERS		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1LF		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A MEDIA CUADRA DEL COLEGIO BENALCAZAR	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1		3330068
CORREO ELECTRÓNICO 1	elizabeth_mena@outlook.com	TELEFONO 2		3330069
CORREO ELECTRÓNICO 2	aideeboada@hotmail.com	CELULAR		0983390482
SITIO WEB		FAX		2223772

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CAMINO HERRERA GERSON PAUL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0502066772
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/20/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	LA FLORESTA
CALLE	MADRID	NÚMERO	E5-175
INTERSECCIÓN/MANZANA	Av. La Coruña	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	Sacotto
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Junto a la Farmacia Sana Sana
CORREO ELECTRÓNICO	gpcamino@yahoo.com	TELEFONO	022552454
		CELULAR	0994195246

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	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.