

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
RINMED S.A.		0992971908001	707668
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
Av. L. Benitez			Av. J. Joaquin Orrantia
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
Trade Building			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			Torre B
644			KM
REFERENCIA UBICACIÓN			CAMINO
Piso 6			TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			046048206
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
abel.luzuriaga@rinmed.com			CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO 2			0984154511
abel.luzuriaga@gmail.com			FAX
SITIO WEB			
www.rinmed.com			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LUZURIAGA MECIAS JAIME ABEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0907895056
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/5/16 12:00 AM	CANTON	
CIUDADELA		PARROQUIA	
CALLE	AV. J. JOAQUIN ORRANTIA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Av. L. Benitez	NÚMERO	
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	Elite Building
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	a.luzuriaga@gmx.de	REFERENCIA UBICACIÓN	Piso A
		TELEFONO	043390816
		CELULAR	0992928477

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.