

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
BIENES RAICES MULTIPLES S.A. BIMULSA		0992305223001	112309
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
ALBORADA		NORTE	AV. GUILLERMO PAREJA ROLANDO
INTERSECCIÓN/MANZANA	GABRIEL ROLDOS		NÚMERO
EDIFICIO/C.C.	C.C. ALBOCENTRO 5B		OFC. 16
NÚMERO DE OFICINA	PB		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA KENNEDY		
CASILLERO POSTAL			
CORREO ELECTRÓNICO 1	karina7299ing@hotmail.com	TELEFONO 1	042174895
CORREO ELECTRÓNICO 2	gerencia@copse.com.ec	TELEFONO 2	
SITIO WEB		CELULAR	0993686854
		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MEDINA SALINAS MARCO VINICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1101977955
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/26/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA	ALBORADA	BARRIO	
CALLE	AV. RODOLFO BAQUERIZO NAZUR	NÚMERO	16
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV GABRIEL ROLDOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	16	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 15 MTRS. DISTRIB.CLARO
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad@copse.com.ec	TELEFONO	2174895
		CELULAR	0991754422

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.