

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ABASTECIMIENTOS DOMESTICOS CIA LTDA A.B.A.D.		1390040217001	12743	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		MANABI	MANTA	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			AV. 4 DE NOVIEMBRE Y CALLE 317	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO		
AL LADO DE LA COCA COLA		BLOQUE		
EDIFICIO/C.C.		KM		
NÚMERO DE OFICINA		CAMINO		
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1		
A LADO DE LA COCA COLA		052924274		
CASILLERO POSTAL		4886	TELEFONO 2	05294274
CORREO ELECTRÓNICO 1		gerencia@abad.com.ec	CELULAR	0958848407
CORREO ELECTRÓNICO 2		geovana_2610@hotmail.com	FAX	052923081
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	MANTA
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA		PERSONA NATURAL	
APELLIDOS Y NOMBRES		ABAD MURILLO SARA ELENA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN
			1304056284
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		INDIVIDUAL	NACIONALIDAD
			ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE	PROVINCIA
			MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		3/24/15 12:00 AM	CANTON
			MANTA
CIUDADELA			PARROQUIA
			MANTA
CALLE		VIA AEROPUERTO	BARRIO
			NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		AV 110	CONJUNTO
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.
NÚMERO DE OFICINA			KM
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓN
CORREO ELECTRÓNICO		saraeabad@hotmail.com	JUNTO A LA CLINICA SAN GREGORIO
			052384190
			CELULAR
			0986425422

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

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.