

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

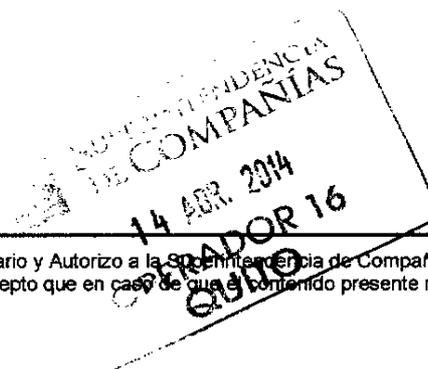
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
FILICREDITOS C LTDA		1790269671001	12859
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
		BARRIO	CALLE
		QUITO CENTRO	GARCIA MORENO
			NÚMERO
			689
INTERSECCIÓN/MANZANA	BOLIVAR		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	PB		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE LA IGLESIA DE SAN FRANCISCO CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2289393
CORREO ELECTRÓNICO 1	mreino@almacenesfamiliar.com	TELEFONO 2	2284545
CORREO ELECTRÓNICO 2	caalmeida@hotmail.com	CELULAR	0984606476
SITIO WEB		FAX	2295119

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALMEIDA COBA CARLOS ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712177185
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	21/09/13 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CENTRO HISTÓRICO
CIUDADELA		BARRIO	quinto centro
CALLE	GARCIA MORENO	NÚMERO	689
INTERSECCIÓN/MANZANA	BOLIVAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE SAN FRANCISCO
CORREO ELECTRÓNICO	caalmeida@hotmail.com	TELEFONO	022289393
		CELULAR	0984606476



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ALMEIDA COBA CARLOS ALBERTO
Identificación 1712177185

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento

