

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INMOSUN S.A.		0992584114001	132251
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
LA FAE			SL.24 MZ.39
INTERSECCIÓN/MANZANA			NÚMERO
MZ.39			24
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
DIAGONAL A COMISARIATO DE LA FAE			CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			022237281
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
laguirre@maxyconsult.com.ec			
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR
nmedina@maxyconsult.com.ec			0984103288
SITIO WEB			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	SALAZAR LEDESMA INGRID DALILA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0904231958
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/27/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CUMBAYA
CIUDADELA	VISTA GRANDE	BARRIO	SAN ISIDRO
CALLE	CASPICARA	NÚMERO	171
INTERSECCIÓN/MANZANA	RAMIRO JACOME	CONJUNTO	VISTA GRANDE
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	ANTUBES
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	BOMBA GASOLINA MOBIL
CORREO ELECTRÓNICO	daliladeillinworth@hotmail.com	TELEFONO	MIRAVALLE
		CELULAR	6018728
			0994880821

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.