

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
H&Z DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS DE CONSUMO MASIVO DIPCOMAS CIA.LTDA.		0190372626001	137618
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		AZUAY	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
UNE		UNE	AV. YANAHURCO
INTERSECCIÓN/MANZANA	NARRIO		NÚMERO
EDIFICIO/C.C.			S/N
NÚMERO DE OFICINA			
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A FERRETERIA CABRERA		
CASILLERO POSTAL			
CORREO ELECTRÓNICO 1	j.ho.mi@hotmail.com	TELEFONO 1	2866315
CORREO ELECTRÓNICO 2	disthyz@hotmail.com	TELEFONO 2	2866315
SITIO WEB		CELULAR	0992171815
		FAX	2806823

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZUÑIGA CONTRERAS ISABEL CRISTINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0104364617
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/30/16 12:00 AM	CANTON	CUENCA
		PARROQUIA	TARQUI
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV YANAHURCO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	NARRIO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL CENTRO DE SALUD
CORREO ELECTRÓNICO	cristinazc23@gmail.com	TELEFONO	2806823
		CELULAR	0999102280

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

Nombre: ZUÑIGA CONTRERAS ISABEL CRISTINA

Identificación 0104364617

REPRESENTANTE LEGAL

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.