

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IBEROCTO ECUADOR CIA. LTDA.		1792316537001	138994
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
CORDERO		EL MARISCAL	AV.12 DE OCTUBRE
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
WORLD TRADE CENTER		BLOQUE	1942
NÚMERO DE OFICINA		KM	TORRE A
1202		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	2508954
JUNTO AL SWISSOTEL		TELEFONO 2	042630389
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0939654737
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	
luis.cruz@grupocto.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
luis.cruz@grupocto.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DIAZ AGUILAR MARIA DEL PILAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	A2479626200
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/10/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	Keneddy Norte	PARROQUIA	QUITO
CALLE	FRANCISCO DE ORELLANA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	12	NÚMERO	20
BLOQUE	Corporativo	CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	809	EDIFICIO/C.C.	Blue Tower
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	luis.cruz@grupocto.com	REFERENCIA UBICACIÓN	a lado del Hotel Marriot
		TELEFONO	2630389
		CELULAR	0993683773

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.