

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GRUPO SEMAAN S.A.		1792316243001	139096
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL BATAN	FRANCISCO CASANOVA
INTERSECCIÓN/MANZANA		PORTUGAL	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		CASANOVA	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		DOS CUADRAS DEL COLEGIO BENALCAZAR	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		carlosromero@textimoda.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		yadiraleon@textimoda.com	CELULAR
SITIO WEB			FAX
			3333422
			3333423
			0939691866
			3333424

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SEMAAN GAZAL JOSEPH FOUAD		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707500425
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/3/11 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	GONZALEZ SUAREZ	BARRIO	GONZALEZ SUAREZ
CALLE	GONZALEZ SUAREZ	NÚMERO	N30-66
INTERSECCIÓN/MANZANA	MUROS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	COLINAS DE GUAPULO
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE COLEGIO LA INMACULADA
CORREO ELECTRÓNICO	josephsemaan@textimoda.com	TELEFONO	3333423
		CELULAR	0939691867

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.