

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
BISNESAVVE CIA. LTDA.		1792328845001	140756
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	POMASQUI
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		CARCELEN	N 80-175
INTERSECCIÓN/MANZANA	CESAR BORJA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	VICTORIA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	101	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	ATRAS DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	23360914
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad4@alaireecuador.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad2@alaireecuador.com	CELULAR	0995496058
SITIO WEB		FAX	3360877

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VEGA CORNEJO MARIA GABRIELA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714304191
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/18/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	DE LOS LAURELES	NÚMERO	n47-149
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LOS MORTIÑOS	CONJUNTO	PLATINUM PLAZA
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	609-C	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 2 CUADRAS DE LA ESCUELA NUESTRA SRA DEL ROSARIO
CORREO ELECTRÓNICO	gabrielavega@alaireecuador.com	TELEFONO	23360914
		CELULAR	0983313102

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.