

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DKTERRA S.A.		1792332575001	141255
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AV. NACIONES UNIDAS		EL BATAN	AV. LOS SHYRIS
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
C.C. QUICENTRO SHOPPING		BLOQUE	S/N
NÚMERO DE OFICINA		KM	
P3-15		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	3520198
DIAGONAL AL ESTADIO OLIMPICO ATAHUALPA		TELEFONO 2	
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0988793689
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	2461105
eramos@dkterra.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
ely.ramost@gmail.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	MOSHENEK BOLAÑOS MARIA CRISTINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708876824
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESTADOS UNIDOS DE
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/28/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	QUITO TENIS	PARROQUIA	QUITO
CALLE	CHARLES DARWIN	BARRIO	QUITO TENIS
INTERSECCIÓN/MANZANA	PEDRO RODEÑA	NÚMERO	SN
BLOQUE	SN	CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	cmoshenek@dkterra.com	REFERENCIA UBICACIÓN	CIUDADELA EL CONDADO
		TELEFONO	3520198
		CELULAR	0997392661

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.