

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
POSTES Y LINEAS ELECTRICAS POSTELEC C LTDA		1790403556001	14130
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
VANCOUVER			ALEMANIA
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
CONDominio GARCIA BUENO, BLOQUE C4			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
4C			
REFERENCIA UBICACIÓN			CAMINO
EN LA CUADRA DE LA EMPRESA DE AGUA POTAB			TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			022502590
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
postelec@punto.net.ec			
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR
orly_ricardo@hotmail.com			0994952524
SITIO WEB			FAX
			022502590

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	FREIRE AYO JAIME RENAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1703220549
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/21/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	NAYON
CALLE	ANONAS	BARRIO	CHAUPICRUZ
INTERSECCIÓN/MANZANA	LOS JAZMINES	NÚMERO	E9-151
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	jfreireayo@punto.net.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	POR EL HOSPITAL DE SOLCA
		TELEFONO	023281859
		CELULAR	0997263126

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.