

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRISQUEL SPA S.A.		1792336805001	141650
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		IÑAQUITO	JORGE DROM
			NÚMERO
			N39-44
INTERSECCIÓN/MANZANA	ALFONSO PEREIRA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CENTRO DE OFICINAS IÑAQUITO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	303B	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS EL BANCO DEL PICHINCHA AGENCIA AMAZ	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2433194
CORREO ELECTRÓNICO 1	nellytenecela@emanrosa.com	TELEFONO 2	022433194
CORREO ELECTRÓNICO 2	mauricio_bd21@hotmail.es	CELULAR	0985530290
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOZA ROSA ELIZABETH		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705008421
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	LIQUIDADOR	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/22/17 12:00 AM	CANTON	RUMINAHUI
		PARROQUIA	SANGOLQUI
CIUDADELA		BARRIO	SELVA ALEGRE
CALLE	FRANCISCO GUARDERAS	NÚMERO	CSA 99
INTERSECCIÓN/MANZANA	BEGONIAS	CONJUNTO	
BLOQUE	ANTONIO CHECA	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL CLUB LOS
CORREO ELECTRÓNICO	nellytenecela@emanrosa.com	TELEFONO	2873436
		CELULAR	0997442137

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

Nombre: LOZA ROSA ELIZABETH

Identificación 1705008421

REPRESENTANTE LEGAL

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.