

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DMI CENTER INTEGRAL CIA. LTDA.		1792358507001	144855
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
VILLAFLORA		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		VILLAFLORA	PEDRO DE ALFARO
ALONSO DE ANGULO		CONJUNTO	NÚMERO
DMI CENTER		BLOQUE	S9-590
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
DIAGONAL A ANETA		TELEFONO 1	2640348
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	2663795
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0999845771
contabilidad3@dmicenter.net		FAX	2640348
CORREO ELECTRÓNICO 2			
rosy_alban87@hotmail.com			
SITIO WEB			
www.dmicenterintegral.com			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TIPAN VASCONEZ GERARDO ARTURO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1713326625
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/16/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	1713326625	BARRIO	LA VILLAFLORA
CALLE	PEDRO DE ALFARO	NÚMERO	S9-590
INTERSECCIÓN/MANZANA	JIPIJAPA	CONJUNTO	CASA
BLOQUE	CASA	EDIFICIO/C.C.	CASA
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A ANETA
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad3@dmicenter.net	TELEFONO	2640348
		CELULAR	0984681035

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.