

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DISFERRI S.A.		0591724126001	145823
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		COTOPAXI	LATACUNGA
		BARRIO	CALLE
		AGLOMERADOS	PANAMERICANA
			NÚMERO
			21
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA A SAQUISILI		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	MARCOS		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
REFERENCIA UBICACIÓN	LA Y DE LASSO		CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2719505
CORREO ELECTRÓNICO 1	marcoferretotal@hotmail.es	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	solsitomena79@hotmail.com	CELULAR	0967318839
SITIO WEB		FAX	0967318839

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	LATACUNGA
-----------	----------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PILA LEMA MARCO GERMANICO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0502487267
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/23/16 12:00 AM	CANTON	LATACUNGA
		PARROQUIA	TANICUCHI
CIUDADELA	IVON DE GOMEZ	BARRIO	LASSO
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	NUEVA VIA PANAMERICANA	CONJUNTO	S/N
BLOQUE	1	EDIFICIO/C.C.	MARCOS
NÚMERO DE OFICINA	2	KM	21
CAMINO	A SAQUISILI	REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DE LA NUEVA VIA
CORREO ELECTRÓNICO	marcoferretotal@hotmail.es	TELEFONO	032719505
		CELULAR	0997322935

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	X	NO	
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.