

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TAX ATTORNEY ADVISORS S.A. TAXATADVISOR		0992758929001	146128
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
KENNEDY		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		NORTE	DR. LUIS ORRANTIA
DR.JOSE ASSAF BUCARAM		CONJUNTO	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		ELITE	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		208	SOLAR 25
REFERENCIA UBICACIÓN		DETRÁS DEL EDIFICIO WORLD TRADE CENTER	KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		john_arias@live.com	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		jarias@zavalabaquerizo.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			FAX
			2683615
			042683616

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ARIAS IZQUIERDO JOHN PAUL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0918802059
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/18/13 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA	PUERTO AZUL	PARROQUIA	GUAYAQUIL
CALLE	MZ D-4	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Manzana D4	NÚMERO	MZ D-4
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	2	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	11,5
CORREO ELECTRÓNICO	john_arias@live.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Al pie del condominio del Eden
		TELEFONO	6038101
		CELULAR	0993992722

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.