

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ASESORIAS INTEGRALES BRITO Y ASOCIADOS CIA. LTDA.		1791920392001	151144
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
IÑAQUITO		BARRIO	CALLE
IÑAQUITO		IÑAQUITO	AV. 10 DE AGOSTO
INTERSECCIÓN/MANZANA		VILLALENGUA	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		INTECA	CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA		604	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		JUNTO AL SANTA MARIA	KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		jmaldonado@consulcarsig.com	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		jessymaldonado1971@gmail.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			FAX
			022278070
			0987947353
			022278070

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BRITO RAMOS JUAN CARLOS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707310601
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/25/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	ATAHUALPA (HABASPAMBA)
CALLE	LOS FRESNOS	BARRIO	LOS PINOS
INTERSECCIÓN/MANZANA	GUAYACANES	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	jmaldonado@farmcuidados.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DE SOLCA
		TELEFONO	022278070
		CELULAR	0999315377

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.