

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ADSSOFTWARE CIA. LTDA.		0591707655001	151653
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		COTOPAXI	LATACUNGA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
SUR		SUR	UNIDAD NACIONAL Y GABRIELA MISTRAL
INTERSECCIÓN/MANZANA		S/N	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		FENIX CORP	S/N
NÚMERO DE OFICINA		S/N	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		DOS CUADRAS DEL MINISTERIO DE RELACIONES	KM
CASILLERO POSTAL		263	S/N
CORREO ELECTRÓNICO 1		ruth@adsecuador.com	CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2		jorge@adsecuador.com	TELEFONO 1
SITIO WEB		www@adsecuador.com	TELEFONO 2
			CELULAR
			FAX
			32813809

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZAPATA PEÑAFIEL MAYRA AZUCENA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0501794598
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/27/13 12:00 AM	CANTON	LATACUNGA
		PARROQUIA	LATACUNGA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	GABRIELA MISTRAL	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SANCHEZ DE ORELLANA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ministerio de obras publicas
CORREO ELECTRÓNICO	mzapata@adsecuador.com	TELEFONO	032813809
		CELULAR	0984671410

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.