

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

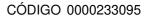
INFORMACIÓN DE LA COMF	PAÑÍA					
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		EXPEDIENTE		
GRIJALVA BELTRAN GRIBEL CIA. LTDA.		1792074207001		157358		
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA		
		PICHINCHA	QUITO	QUITO		
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO		
LA FLORESTA		LA FLORESTA	AV 12 DE OCTUBRE	SN		
INTERSECCIÓN/MANZANA	CORUÑA		CONJUNTO			
EDIFICIO/C.C.	URBAN PLAZA		BLOQUE			
NÚMERO DE OFICINA	12		KM			
REFERENCIA UBICACIÓN	CONJUNTO BUGAMBILL	AS	CAMINO			
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	022465863		
CORREO ELECTRÓNICO 1	monicabeltran1@hotmail.c	com	TELEFONO 2			
CORREO ELECTRÓNICO 2	mn_servicioscontables@h	otmail.com	CELULAR	0998689980		
SITIO WEB			FAX	022465863		
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL						
PROVINCIA PICHINCHA			CANTON	QUITO		
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	D DEL REPRESENTAI	NTE LEGAL O	APODERADO			
TIPO DE PERSONA	PERSONA NAT	URAL				
APELLIDOS Y NOMBRES	BELTRAN VINUEZA MONICA		VIA			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA		No. DE IDENTIFICACIÓN	1706521984		
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL INDIVIDUAL			NACIONALIDAD	ECUADOR		
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENE	RAL	PROVINCIA	PICHINCHA		
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		^	CANTON	QUITO		
		PARROQUIA		QUITO		
CIUDADELA			BARRIO			
CALLE	3RA		NÚMERO	sn		
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV DEL PARQU	JE	CONJUNTO	UMBRALES		
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.			
NÚMERO DE OFICINA			KM			
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA DEL CC EL BOSQUE		

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.

CELULAR

0998689980







FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA							
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	Χ				
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X				
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	Χ				

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.