



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
ENLACE INDUSTRIAL Y COMERCIAL ENLINCOM CIA. LTDA.	1891723411001	158448	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ENLINCOM	TUNGURAHUA	AMBATO	AMBATO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	SEMINARIO MAYOR	PEDRO PORRAS	3
INTERSECCIÓN/MANZANA	ANTONIO CLAVIJO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	SECTOR SEMINARIO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DETRES DEL SEMINARIO MAYOR	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	032587624
CORREO ELECTRÓNICO 1	enlaceic@gmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	carlosgarcesguerra@yahoo.com	CELULAR	0984646319
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	TUNGURAHUA	CANTON	AMBATO
INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO			

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GARCES GUERRA CARLOS ROBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1802826691
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	TUNGURAHUA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/12/16 12:00 AM	CANTON	AMBATO
		PARROQUIA	AMBATO
CIUDADELA	SEMINARIO MAYOR	BARRIO	SAN PEDRO LA FLORIDA
CALLE	PEDRO PORRAS	NÚMERO	03
INTERSECCIÓN/MANZANA	ANTONIO CLAVIJO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DETRES DEL SEMINARIO MAYOR
CORREO ELECTRÓNICO	carlosgarcesguerra@yahoo.com	TELEFONO	032587624
		CELULAR	0984646319

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.