

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

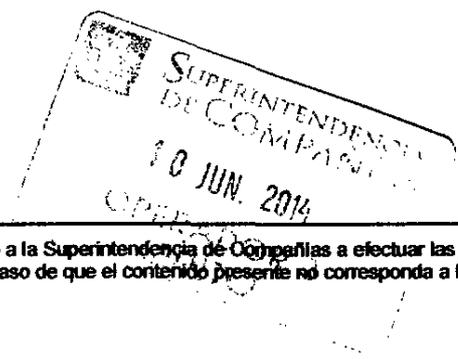
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
LEMCONECUADOR S.A.		1792129060001	159747	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		ÑAQUITO	REPUBLICA DEL SALVADOR	1084
INTERSECCIÓN/MANZANA	NACIONES UNIDAS	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	MANSION BLANCA	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	16	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	Edificio Mansion Blanca	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2258500	
CORREO ELECTRÓNICO 1	pedro.cabezas@lemcon-americas.com	TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 2	veronica.gimenez@lemcon-americas.com	CELULAR	0999828856	
SITIO WEB		FAX	2258038	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CABEZAS FREIRE PEDRO RAUL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1801843830
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	25/03/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	EL BATAN
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	Rep. del Salvador	NÚMERO	1084
INTERSECCIÓN/MANZANA	Naciones Unidas	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Edificio Mansión Blanca
CORREO ELECTRÓNICO	pedro.cabezas@lemcon-americas.com	TELEFONO	2258500
		CELULAR	0999828856



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CABEZAS FREIRE PEDRO RAUL
Identificación 1801843630

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

