

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INMORDCHI S.A.		1792144574001	160294
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
INMORDCHI S.A.		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		LA PAZ	AV.6 DE DICIEMBRE
INTERSECCIÓN/MANZANA		WHYMPER	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		C6	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		JUNTO A LA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		mcarrera@cosideco.com	2559755
CORREO ELECTRÓNICO 2		lguajan@cosideco.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			0998554263
			FAX
			2229834

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ORDOÑEZ CHIRIBOGA DANIELA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710223163
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/26/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CUMBAYA
CIUDADELA	URBANIZACION COLEGIO DE MEDICOS	BARRIO	LUMBISI
CALLE	LOTE 80	NÚMERO	80
INTERSECCIÓN/MANZANA	NA	CONJUNTO	URB.COLEGIO DE MEDICOS
BLOQUE	PLANTA BAJA	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	VIA LUMBISI
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad2@cosideco.com	TELEFONO	0995615366
		CELULAR	0995615366

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	X	NO	
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.