

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
EDUCAEDITORES CIA. LTDA.	1792147131001	160302	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
JIPIJAPA	EL BATAN	PIO VALDIVIESO	E7-09
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRANCISCO DE IZAZAGA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	ITAGUA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Tras Banco Pichincha del Inca	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	02247942
CORREO ELECTRÓNICO 1	mich_alvarz@hotmail.es	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	adario22@hotmail.com	CELULAR	0988291357
SITIO WEB		FAX	02247942

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALVAREZ SALAZAR RUBEN DARIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1706733779
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/18/08 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	El Inca	BARRIO	Iñaquito
CALLE	FRANCISCO IZAZAGA	NÚMERO	N45-105
INTERSECCIÓN/MANZANA	Pio Valdiviezo	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Tras El Banco de Pichincha del Inca
CORREO ELECTRÓNICO	adario32@hotmail.com	TELEFONO	02247942
		CELULAR	0996703820

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

Nombre: ALVAREZ SALAZAR RUBEN DARIO

Identificación 1706733779

REPRESENTANTE LEGAL

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.