

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ENOVABUSINESS S.A.		1792171415001	161594
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
ENOVABUSINESS S.A.		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SANTA PRISCA	AV. PATRIA
			NÚMERO
			850
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 10 DE AGOSTO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO BANCO DE PRESTAMOS	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1505	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL HOSPITAL INGLES	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2235495
CORREO ELECTRÓNICO 1	supervisorcontable@conesca.net	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	controlcontable@conesca.net	CELULAR	0996487000
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANCHEZ ESPAÑA MARIA EUGENIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711762235
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/22/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV. REPUBLICA DEL SALVADOR	NÚMERO	E2-21
INTERSECCIÓN/MANZANA	PORTUGAL	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL COLEGIO BENALCAZAR
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad@conesca.net	TELEFONO	022440831
		CELULAR	0996214816

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.