

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IMPORFAMILY S.A.		1792170354001	161628
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ROCAFUERTE		QUITO CENTRO	VENEZUELA
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	PARROQUIA
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE	CENTRO HISTÓRICO
REFERENCIA UBICACIÓN		KM	NÚMERO
a una cuadra de la plaza de Sto. Domingo		CAMINO	N1-10
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2282292
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
xmagarcia@hotmail.com		CELULAR	0998008757
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	2959119
avilla@almacenesfamiliar.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALMEIDA GARCIA XAVIER MAURICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707505846
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/26/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	VIEJA HACIENDA	PARROQUIA	CUMBAYA
CALLE	VIA LACTEA URB VIEJA HACIENDA	BARRIO	CUMBAYA
INTERSECCIÓN/MANZANA	Acurio	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	xmagarcia@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	a una cuadra de la farmacia medicity
		TELEFONO	022894362
		CELULAR	0998008757

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	X	NO	
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.