

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ADAMA ASSESSMENT CIA. LTDA.		1792182921001	162047	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
JULIO LARREA		SAN PEDRO CLAVER	CARLOS QUINTO	OE6-161
EDIFICIO/C.C.	C1		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	3		BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN	SAN PEDRO CLAVER PRIMERA ETAPA		KM	
CASILLERO POSTAL			CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1	david.sanchez@adama.ec		TELEFONO 1	022593815
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@adama.ec		TELEFONO 2	022593815
SITIO WEB	www.adama.ec		CELULAR	0998043067
			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 SORIA DAVID SANTIAGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1713169041
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/26/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	MANUEL BARRETO	BARRIO	GONZALEZ SUAREZ
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. CORUÑA	NÚMERO	N32-304
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	ZENN
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	david.sanchezsoria@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	EDIFICIO ZENN
		TELEFONO	022593815
		CELULAR	022593815

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.