

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HERAPLANT S.A.		1792211565001	163274	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		ÑAQUITO	AV. AMAZONAS	N44-30
INTERSECCIÓN/MANZANA	VILLALENGUA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	AMAZONAS	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	7-701	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A PLAZA DEPORTIVA CONSTITUCION	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022464445	
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad12@heraplant.com.ec	TELEFONO 2	022464445	
CORREO ELECTRÓNICO 2	leyla@heraplant.com.ec	CELULAR	0988382198	
SITIO WEB		FAX	022455836	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PINZON FUENTES FLAY LEYLA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1727224543
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	COLOMBIA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/19/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	BELLAVISTA
CALLE	SERGIO JATIVA	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	JOSE BOSMEDIANO	CONJUNTO	MIRAVALLE
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	BOSMEDIANO
NÚMERO DE OFICINA	4-A	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	SUBIDA AL CANAL 8
CORREO ELECTRÓNICO	leylapinzon@gmail.com	TELEFONO	022464445
		CELULAR	0990461074

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.