

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GENESISCAB CIA. LTDA.		1792214319001	163366
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
RUMIÑAHUI		BARRIO	CALLE
		COTOCOLLAO	NAZARETH
INTERSECCIÓN/MANZANA			NÚMERO
MELCHOR TOAZA			813
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE	
1		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
CUARTEL DE LA POLICIA AL NORTE		TELEFONO 1	022801628
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	022800639
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0984617197
pablofernando08@hotmail.com		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO 2			
fer_renteriaec@yahoo.es			
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	POSLIGUA CEVALLOS ANGEL LEONARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1306841857
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL		CANTON	QUITO
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO	6/14/12 12:00 AM	PARROQUIA	QUITO
MERCANTIL			
CIUDADELA	LA OFELIA	BARRIO	BELLAVISTA
CALLE	NAZACOTA PUENTO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. REAL AUDIENCIA	CONJUNTO	LA ESPERANZA
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CASA 7
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	HYNDAI DE PANANORTE
CORREO ELECTRÓNICO	a_posligua@hotmail.com	TELEFONO	022800639
		CELULAR	0995037774

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.