

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ABILENECORP S.A.		1792214955001	163392	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ABILENECORP S.A.		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		EL INCA	DE LAS BREVAS	E10-250
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LAS PALMERAS	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	NO	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS COLEGIO MARISTA	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2466036	
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@rpazmino.com	TELEFONO 2	2466035	
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@rpazmino.com	CELULAR	0992635684	
SITIO WEB		FAX	022469539	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PAZMIÑO FLORES JUAN ANIBAL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1801277177
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/23/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	POMASQUI
CIUDADELA		BARRIO	EL INCA
CALLE	DE LAS BREVAS	NÚMERO	e10-250
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LAS PALMERAS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS COLEGIO MARISTA
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@rpazmino.com	TELEFONO	2466037
		CELULAR	0998954291

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.