

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IMEGRICA CIA. LTDA		1091729098001	163835
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		IMBABURA	ANTONIO ANTE
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ESPEJO		STA. MARTHA	GENERAL ENRIQUEZ
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
SIRUBA			1465
NÚMERO DE OFICINA			
201			
REFERENCIA UBICACIÓN			
A DOS CUADRAS DE LA ESCUELA LA SALLE			
CASILLERO POSTAL			
		TELEFONO 1	062909630
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
imegricacialtda@yahoo.es			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0999658809
elishebaec@hotmail.com			
SITIO WEB		FAX	062909610

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	IMBABURA	CANTON	ANTONIO ANTE
-----------	----------	--------	--------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GRIJALVA CARDENAS JOSE MARIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1700506015
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	IMBABURA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/9/11 12:00 AM	CANTON	ANTONIO ANTE
CIUDADELA		PARROQUIA	ATUNTAQUI
CALLE	PICHINCHA	BARRIO	CAPILLA ESPIATORIA
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAPILLA ESPIATORIA	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	josemariagrijalva7@yahoo.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A CAPILLA ESPIATORIA
		TELEFONO	062909610
		CELULAR	0999474877

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.