

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LINEVITARM CIA. LTDA.		1792238838001	164540
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		MARISCAL SUCRE	ASCAZUBI
			NÚMERO
			E1-16
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 10 DE AGOSTO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	GALERIAS PROFESIONALES	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	2	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA CLINICA MODERNA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022556910
CORREO ELECTRÓNICO 1	paolitatqm145@yahoo.com	TELEFONO 2	099112973
CORREO ELECTRÓNICO 2	paolitatqm145@yahoo.com	CELULAR	0984327084
SITIO WEB		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	ARMAS RAMIREZ EDISON GUSTAVO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709987018
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/15/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	ALANGASI
CIUDADELA	LA ARMENIA	BARRIO	LA ARMENIA
CALLE	JULIO MATOVELLE	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	CHARLES DARWIN	CONJUNTO	BOSQUE DEL VALLE 2
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 2 CUADRAS DEL SEMINARIO ESTELA MARIS
CORREO ELECTRÓNICO	gustavo.armas@hotmail.com	TELEFONO	2078599
		CELULAR	0991129737

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.