

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HERRERA SANCHEZ ABOGADOS S.A.		1790633128001	16526	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
NUÑEZ DE VELA		lñaquito	AV. NACIONES UNIDAS	SN
EDIFICIO/C.C.	METROPOLITAN		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	906		BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN	MEDIA CUADRA DEL CCI AL OESTE		KM	
CASILLERO POSTAL	619		CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1	humbertoht@hsa.ec		TELEFONO 1	023617400
CORREO ELECTRÓNICO 2	secretaria@hsa.ec		TELEFONO 2	
SITIO WEB	www.herrerasantchezca.com		CELULAR	0998215325
			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	HERRERA TAMARIZ HUMBERTO ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711495299
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/14/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CONOCOTO
CALLE	MAGNOLIAS	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	MIGUEL ANGEL	NÚMERO	197
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	MIKRO
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	humberto_h_t@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	UNA CUADRA DE CLINICA LA PRIMAVERA
		TELEFONO	2890165
		CELULAR	0999806391

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.