



FÓRMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
CENTRO DE ESTUDIOS DE MATERIALES Y CONTROL DE OBRA, S.A.	1792412471001	166601
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	PARROQUIA
	PICHINCHA	CUMBAYÁ
CIUDADELA	BARRIO	NÚMERO
		E4-64
INTERSECCIÓN/MANZANA	TAJAMAR	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS PARQUE CENTRAL	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
		022893131
CORREO ELECTRÓNICO 1	marialuisa.cruz@cemosa.es	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	rsicaf@hotmail.com	CELULAR
		0996025923
SITIO WEB	www.cemosa.es	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	CRUZ ARTERO MARIA LUISA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	AAF545435
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	24/12/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CUMBAYÁ
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	FRANCISCO DE ORELLANA	NÚMERO	E4-64
INTERSECCIÓN/MANZANA	TAJAMAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DEL PARQUE DE CUMBAYA
CORREO ELECTRÓNICO	marialuisa.cruz@cemosa.es	TELEFONO	2893131
		CELULAR	0995664116

SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS
26 FEB. 2015
OPERADOR 16
QUITO

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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	
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CRUZ ARTERO MARIA LUISA

Identificación AAF545435

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

