

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INFORMÁTICA DEL ECUADOR INFOECUSA S.A.		1792471575001	174205
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
6 DE DICIEMBRE			AV. ORELLANA
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
MISAL			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
1002			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
UNA CUADRA ARRIBA DEL WALL STREET INSTIT		TELEFONO 1	3919934
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	3919934
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0984685025
dalmeida@almeidaguzman.com		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO 2			
law@almeidaguzman.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALMEIDA GUZMAN ANGEL DIEGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704204559
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/15/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	BOSMEDIANO	BARRIO	Gonzalez Suarez
INTERSECCIÓN/MANZANA	PASAJE LAFAYETTE PLAZA	NÚMERO	N39-61
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	LAFAYETTE
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	emcarrillo@almeidaguzman.com	REFERENCIA UBICACIÓN	SUBIENDO A ECUAVISA
		TELEFONO	2242748
		CELULAR	0999736240

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.