

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DISTRIBUIDORA GENERAL DISTRIGEN S.A.		0992874066001	180154
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
COOP. AGUIRRE ABAD			EDUARDO MONCAYO
INTERSECCIÓN/MANZANA MZ: 119			NÚMERO
EDIFICIO/C.C.			60
NÚMERO DE OFICINA 2			CONJUNTO
REFERENCIA UBICACIÓN DETRAS DE COMANDATO			BLOQUE
CASILLERO POSTAL			KM
CORREO ELECTRÓNICO 1 martha.pizarro@grupodifare.com			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2 olga.tacle@grupodifare.com			TELEFONO 1
SITIO WEB			043731390
			TELEFONO 2
			CELULAR
			0986883070
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RUIZ DONOSO FAUSTO OSWALDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1706355201
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/26/17 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA	NA	BARRIO	URDENOR
CALLE	PARQUE EMPRESARIAL COLON	NÚMERO	sa
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 275	CONJUNTO	NA
BLOQUE	NA	EDIFICIO/C.C.	CORPORATIVO 3
NÚMERO DE OFICINA	NA	KM	NA
CAMINO	NA	REFERENCIA UBICACIÓN	PARQUE EMP COLON
CORREO ELECTRÓNICO	fausto.ruiz@grupodifare.com	TELEFONO	042598292
		CELULAR	0985102802

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.