

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DIBEAL COMPAÑÍA LIMITADA		1790976343001	18526
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AVELLANEDA		COTOCOLLAO	AV. GALO PLAZA LASSO
EDIFICIO/C.C.		COMPLEJO DE BODEGAS PARKENOR	CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA		C-102	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		DETRAS BANCO GUAYAQUIL AV. 10 AGOSTO	KM
CASILLERO POSTAL			5.5
CORREO ELECTRÓNICO 1		dibeal@dibeal.com	CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2		morbe@dibeal.com	TELEFONO 1
SITIO WEB		www.dibeal.com	2482944
			TELEFONO 2
			2482945
			CELULAR
			0997172521
			FAX
			2482955

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALAZAR CHICA SORAYA LEONOR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705370565
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/23/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	EL EDEN	PARROQUIA	PUEMBO
CALLE	CALLE A	BARRIO	TUMBACO
INTERSECCIÓN/MANZANA	SAN JOSE	NÚMERO	LOTE 36
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mtana@dibeal.com	REFERENCIA UBICACIÓN	IGLESIA DE SAN JOSE
		TELEFONO	022054334
		CELULAR	0994502819

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	X	NO	
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

Nombre: SALAZAR CHICA SORAYA LEONOR

Identificación 1705370565

REPRESENTANTE LEGAL

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.