

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

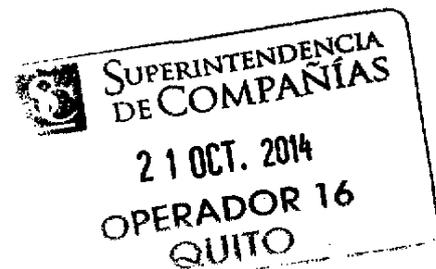
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL DISTRIBUIDORA DE MATERIALES DE CONSTRUCCION DISMACONCOBRE CIA. LTDA.		RUC 1792238447001	EXPEDIENTE 3115
NOMBRE COMERCIAL CIUDADELA		PROVINCIA PICHINCHA	CANTON QUITO
		BARRIO LA FLORESTA	PARROQUIA CHAUPICRUZ
			NÚMERO n 24-611
INTERSECCIÓN/MANZANA	LA CORUÑA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	DISMACON	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA IGLESIA ADVENTISTA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022228315
CORREO ELECTRÓNICO 1	ventas1@dismacon.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	jpg1968@hotmail.com	CELULAR	0998132056
SITIO WEB		FAX	022565922

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CAIBE JIMENEZ ANGEL JOSE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705508925
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	24/02/10 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CHAUPICRUZ
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	VALLADOLID	NÚMERO	N24-611
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV CORUÑA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA IGLESIA ADVENTISTA
CORREO ELECTRÓNICO	contador@dismacon.com.ec	TELEFONO	022529193
		CELULAR	0998132056



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

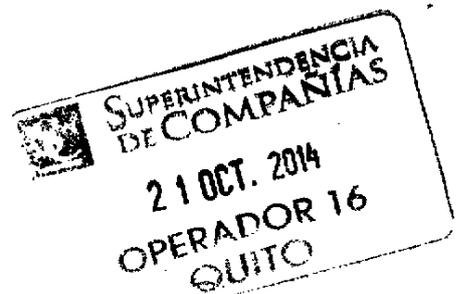
INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
Nombre: CAIBE JIMENEZ ANGEL JOSE
Identificación 1705508925

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.