

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
INMOCONTI SA		0990603472001	40259	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
9 DE OCTUBRE			PICHINCHA	334
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO	
EL COMERCIO			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
2-1			CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		A UNA CUADRA DEL BANCO DEL PICHINCHA	TELEFONO 1	042512320
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 2	042512320
CORREO ELECTRÓNICO 1		geov_zambrano@yahoo.com	CELULAR	0985070592
CORREO ELECTRÓNICO 2		geov_zambrano@yahoo.com	FAX	000000
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PAREJA ALVARADO CARLOS MANUEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0905329181
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/23/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA	URDESA	PARROQUIA	GUAYAQUIL
CALLE	GUAYACANES	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE QUINTA	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	CONDOMINIO TORRE LOMA # 1 5TO PISO
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	vartersa@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	ENTRANDO EDIFICIO CLARO
		TELEFONO	042381397
		CELULAR	098507059

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.