

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
KREPI SA	0990798648001	43214	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
UNIFER	PICHINCHA	QUITO	AMAGUAÑA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		AV. RUMIÑAHUI	LOTE 01
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA AMAGUAÑA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	6
REFERENCIA UBICACIÓN	INGRESO POR LA GASOLINERA PRIMAX SENTIDO NORTE SUR	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022022233
CORREO ELECTRÓNICO 1	kchacon@grupounifer.ec	TELEFONO 2	022800494
CORREO ELECTRÓNICO 2	jenriquez@grupounifer.ec	CELULAR	0989259481
SITIO WEB		FAX	022082235

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TRAVEZ TRAVEZ BEATRIZ HIPATIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0500188305
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	04/06/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	SAN ISIDRO DEL INCA
CALLE	LOS LIRIOS	BARRIO	MONTESERRIN
INTERSECCIÓN/MANZANA	NARANJOS	NÚMERO	N44143
BLOQUE		CONJUNTO	URBANIZACION LAS
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	1B
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	kchacon@grupounifer.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	URBANIZACION
		TELEFONO	2244549
		CELULAR	0999025644

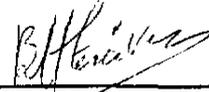


Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías y Valores a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda 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: TRAVEZ TRAVEZ BEATRIZ HIPATIA

Identificación 0500188305

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 29/11/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

