

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

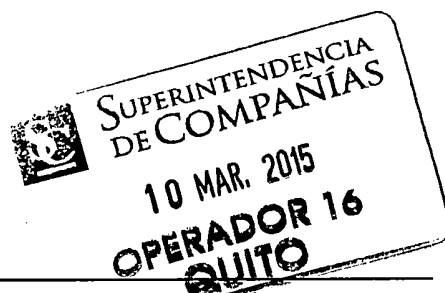
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SERINPE S.A.		1791158261001	47128
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		GONZALEZ SUAREZ	AV. GONZALEZ SUAREZ
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
GONESSIAT			N32-12
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
IL GATTO PARDO			
NÚMERO DE OFICINA		KM	
PB			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
DIAGONAL A NESTLE			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2569194
17-17-1795			
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	2909404
serinpe@uio.satnet.net			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0999447240
serinpe1@iclaro.com.ec			
SITIO WEB		FAX	0909404

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ABEDRABBO SAMANDE ROBERTO AGUSTIN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705244448
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/07/13 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	RUMIPAMBA
CIUDADELA	BENALCAZAR	BARRIO	BENALCAZAR
CALLE	GENERAL ROCA	NÚMERO	N32-257
INTERSECCIÓN/MANZANA	IGNACIO BOSSANO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	LA COLINA
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS EL CNE
CORREO ELECTRÓNICO	serinpe@uio.satnet.net	TELEFONO	2569194
		CELULAR	0999447240



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	X	NO
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ABEDRABBO SAMANDE ROBERTO AGUSTIN
Identificación 1705244448

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.

