

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

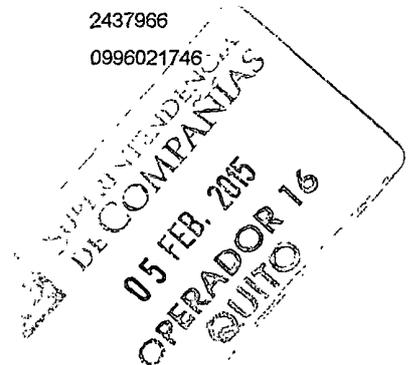
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
INYECCION Y SOPLADO DE PLASTICOS INSOPLAST S.A.	1791191889001	47296	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
INSOPLAST S.A.	PICHINCHA	QUITO	COTOCOLLAO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	CARCELEN ALTO	JUAN DE SELIS	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	JOSE ANDRADE	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CASA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DE CATREPILLAR	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2477985
CORREO ELECTRÓNICO 1	arthur.company@gmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	gerencia@rhenania.com.ec	CELULAR	0993915179
SITIO WEB		FAX	022474215

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BUENO VILLACORTA JOSE EDUARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705669321
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/05/12 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CHAUPICRUZ
CALLE	PASAJE Oe5f	BARRIO	EL BOSQUE
INTERSECCIÓN/MANZANA	EDMUNDO CARVAJAL	NÚMERO	N 43-02
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@rhenania.com.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	PHARMACYS
		TELEFONO	2437966
		CELULAR	0996021746



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 LEGALNombre: BUENO VILLACORTA JOSE EDUARDO
Identificación 1705669321

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.

