

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IMPEXAZUL S.A.		1791298640001	49202
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
EL BATAN		EL BATAN	GRANADOS
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
COLIMES			E12-02
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
PB		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	023731450
JUNTO A ECUAWAGEN		TELEFONO 2	
CASILLERO POSTAL		EC170104	
CORREO ELECTRÓNICO 1		azul@azul.com.ec	
CORREO ELECTRÓNICO 2		isabel.mosquera@azul.com.ec	
SITIO WEB		www.azul.com.ec	
		CELULAR	0998390969
		FAX	022254083

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VALDIVIESO MURGUEYTIO BORIS IVAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710165174
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/16/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	CUMBAYA	BARRIO	PRIMAVERA II
CALLE	DE LOS CHOLANES	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LOS ALISOS	CONJUNTO	EL OLIVAR
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CASA A1
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CONJUNTO PRIMAVERA II
CORREO ELECTRÓNICO	ivan.valdivieso@azul.com.ec	TELEFONO	3554002
		CELULAR	0992024851

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.