

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMERCIALIZADORA ALVAREZ DIEZ ALDICOM CIA. LTDA.		1791255275001	51843
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
ALDICOM CIA LTADA		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL BATAN	AV REPUBLICA DEL SALVADOR
			NÚMERO
			N 3582
INTERSECCIÓN/MANZANA	PORTUGAL		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	TWIN TOWERS		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	7		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	MEDIA CUADRA AL NORTE COLEGIO BENALCAZAR CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022262590
CORREO ELECTRÓNICO 1	mrmoreno@mba3.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	myriam.moreno.m@hotmail.com	CELULAR	0999180525
SITIO WEB		FAX	022262586

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CORTEZ IZURIETA ROBERTO MANUEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710047786
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/30/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	ALPALLANA	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	WHIMPER	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL SENASCYT
CORREO ELECTRÓNICO	rcortez@mba3.com	TELEFONO	022508856
		CELULAR	0985570190

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.