

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INTIPLAX S.A.		0991100768001	58938
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
DR. JUAN BAUTISTA ARZUBE		KENNEDY	AV. DEL PERIODISTA
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
POLICENTRO L 21		BLOQUE	21
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		A LADO DE JUGUETON	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042291715
CORREO ELECTRÓNICO 1		ltoala@vishart-ec.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		ltoala@hotmail.com	042084283
SITIO WEB		CELULAR	0991727232
		FAX	042291715

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VISHART GUZMAN DE RIPALDA BRIGITTE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0909836447
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESTADOS UNIDOS DE
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/25/09 12:00 AM	CANTON	SAMBORONDÓN
CIUDADELA	EL CORTIJO	PARROQUIA	SAMBORONDON
CALLE	SN	BARRIO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	H	NÚMERO	sn
BLOQUE	SN	CONJUNTO	SN
NÚMERO DE OFICINA	SN	EDIFICIO/C.C.	SN
CAMINO	VIA A SAMBORONDON	KM	91/2
CORREO ELECTRÓNICO	birgitte@vishart-ec.com	REFERENCIA UBICACIÓN	ENTRANDO POR EL PAI
		TELEFONO	042084315
		CELULAR	0994500411

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.