

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INMARCED CIA. LTDA.		1791326369001	600244
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
INMARCED CIA. LTDA.		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
La Carolina		La Carolina	e36-188
INTERSECCIÓN/MANZANA	Av. Naciones Unidas	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	Edif. Shyris Park	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	612	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Frente al Parque la Carolina	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2926140
CORREO ELECTRÓNICO 1	avalencia@inmarced.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	admin@inmarced.com	CELULAR	0958949705
SITIO WEB		FAX	2926140

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VALENCIA CABRERA ALVARO JOSE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708972185
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/19/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	CUMBAYA	BARRIO	CUMBAYA
CALLE	CHIMBORAZO	NÚMERO	s/n 00
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. INTEROSEANICA	CONJUNTO	PIETRALVA
BLOQUE	CASA 6	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	RIELES DEL TREN A LA DERECHA
CORREO ELECTRÓNICO	elmovale@me.com	TELEFONO	6042461
		CELULAR	0992573341

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.