

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ALEPH CIA. LTDA.		1791988590001	600754	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
FLAVIO ALFARO		SAN CARLOS	PEDRO DE ALVARADO	N61-47
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		QUITO
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
2		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
FRENTE FARMACIA SANASANA		TELEFONO 1		6011304
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2		098496735
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR		0984967351
aleph@vfemail.net		FAX		
CORREO ELECTRÓNICO 2				
alephseguros@aol.com				
SITIO WEB				
www.alephseguros.com				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOPEZ PAREDES DIEGO RENEE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1802281228
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/28/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CONOCOTO
CALLE	Pedro de Alvarado	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Pedro de Alvarado	NÚMERO	No. 61-47
BLOQUE		CONJUNTO	Edificio Rosa Mosquera
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	diegolopez@alephseguros.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Junto Farmacia Sana Sana
		TELEFONO	6011304
		CELULAR	0998364183

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.