

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INZACED CIA. LTDA.		1391774079001	60233
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		MANABI	PORTOVIEJO
CALIFORNIA		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		CDLA. CALIFORNIA	AV. DEL EJERCITO
EDIFICIO/C.C.		CALLE ESPAÑA	CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA		ESQUINA FARMACIA SANTA MARTHA	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		SN	KM
CASILLERO POSTAL		FARMACIA SANTA MARTHA	CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		ivesz@hotmail.com	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		serv.integrales.port@gmail.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	PORTOVIEJO
-----------	--------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZAMBRANO LOOR IVES ANTONIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1305017251
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/15/15 12:00 AM	CANTON	PORTOVIEJO
CIUDADELA	CALIFORNIA	PARROQUIA	PORTOVIEJO
CALLE	AV. DEL EJERCITO	BARRIO	COMERCIO
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE ESPAÑA	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	SN	EDIFICIO/C.C.	FARMACIA CRUZ AZUL
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	ivesz@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA COOP. DE BUSES PORTOVIEJO
		TELEFONO	052931567
		CELULAR	0983320616

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.