

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CENTRO EDUCATIVO ALBORADA CIA. LTDA.		0190101762001	6189
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		AZUAY	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SANTA MARIA	AV. ORDOÑEZ LAZO
			NÚMERO
			KM. 5
INTERSECCIÓN/MANZANA	PUENTE SAYAUSI	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR SAYAUSI	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	4193001
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@alborada.edu.ec	TELEFONO 2	4193001
CORREO ELECTRÓNICO 2	alboradacontabilidad@gmail.com	CELULAR	0987108418
SITIO WEB		FAX	4193001

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	HEREDIA PUYOL NORMA CLEMENCIA ELIZABETH		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0100101310
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/6/15 12:00 AM	CANTON	CUENCA
		PARROQUIA	CUENCA
CIUDADELA	SN	BARRIO	SN
CALLE	AV. ORDOÑEZ LAZO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	HOTEL ORO VERDE	CONJUNTO	CONDominio LA LAGUNA
BLOQUE	SN	EDIFICIO/C.C.	ROSENTHAL
NÚMERO DE OFICINA	5TO	KM	SN
CAMINO	SN	REFERENCIA UBICACIÓN	ORO VERDE
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad@alborada.edu.ec	TELEFONO	074089829
		CELULAR	0999745289

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.