

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MASTERSEG CIA. LTDA.		1792269326001	62060
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
CAPITAN RAFAEL RAMOS		LA LUZ	FRANCISCO NIETO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA		PB	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		CERCA A SUPERMERCADOS MAGDA	KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		lisymr-06@hotmail.com	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		etello.masterseg@gmail.com	TELEFONO 2
SITIO WEB		www.masterseg.com	CELULAR
			FAX
			2402190
			0983238101
			2414330

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TAPIA ALARCON MONICA ALICIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707532832
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/11/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	LA LUZ	PARROQUIA	QUITO
CALLE	FRANCISCO NIETO	BARRIO	LA LUZ
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. CAPITAN RAFAEL RAMOS	NÚMERO	4845
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	45 48	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mt.masterseg@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA A SUPERMERCADOS MAGDA
		TELEFONO	022402190
		CELULAR	0998136413

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.