

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
CASSBLOCKINC S.A.	1791361296001	85765	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	PEDRO MONCAYO	TABACUNDO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	SAN JOSE CHICO	CAMINO A SAN JOSE CHICO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAMINO A SAN JOSE CHICO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA HACIENDA BOUTIQUE FLOWERS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022792281
CORREO ELECTRÓNICO 1	xavier@florecot.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@florecot.com.ec	CELULAR	0991406981
SITIO WEB		FAX	2792280

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	PEDRO MONCAYO
-----------	-----------	--------	---------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ESPIN ALMEIDA LUIS XAVIER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707314884
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/31/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	KENNEDY
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	LOS JAZMINES	NÚMERO	N5431
INTERSECCIÓN/MANZANA	LOS PINOS	CONJUNTO	ANTURIOS III
BLOQUE	B	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO COLEGIO ANAN
CORREO ELECTRÓNICO	xespin_a@yahoo.com	TELEFONO	2462458
		CELULAR	0991405533

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

Nombre: ESPIN ALMEIDA LUIS XAVIER

Identificación 1707314884

REPRESENTANTE LEGAL

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.