

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
FLORESARAIH CIA. LTDA		1791772776001	91117	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	CUMBAYA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
CHIMBORAZO		CUMBAYA	PAMPITE	S/N
EDIFICIO/C.C.	OFFICE CENTER	CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA	201	BLOQUE		
REFERENCIA UBICACIÓN	DETRAS DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO	KM		
CASILLERO POSTAL		CAMINO	TELEFONO 1	2042040
CORREO ELECTRÓNICO 1	almeidkaty@gmail.com		TELEFONO 2	2791097
CORREO ELECTRÓNICO 2	ventas@floressaraih.com		CELULAR	0998701714
SITIO WEB			FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALMEIDA GARCIA MONICA CATALINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708152663
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/18/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CUMBAYA
CALLE	VIA LACTEA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Pampite	NÚMERO	s/n
BLOQUE	B1 -4	CONJUNTO	Urb. Vieja Hacienda
NÚMERO DE OFICINA	0	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	monica.almeida@floressaraih.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A una cuadra de la Farmacy Medicity
		TELEFONO	022276529
		CELULAR	0998220922

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.