

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
DOORLIFT S.A.		1791812859001	92113	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
DOORLIFT S.A.		PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
EL BATAN		EL BATAN	PORTETE	E10-259
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 6 DE DICIEMBRE	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	SAN FERMIN	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO NORTE DEL CENTRO COMERCIAL	CAMINO		
CASILLERO POSTAL	EC170505	TELEFONO 1	026015558	
CORREO ELECTRÓNICO 1	doorlift@gmail.com	TELEFONO 2	026042997	
CORREO ELECTRÓNICO 2	molinafe@yahoo.com	CELULAR	0992716188	
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	OÑA MONTENEGRO RAUL ERNESTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1000564979
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/20/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	EL BATAN
CALLE	ELOY ALFARO	NÚMERO	3E
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 6 DE DICIEMBRE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	EDF. EL JUNCAL
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PARQUE LA CAROLINA
CORREO ELECTRÓNICO	raulona@gmail.com	TELEFONO	022920262
		CELULAR	0995805336

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.