

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
AMIBORESP S.A.	1792345510001	98308	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		AV. GRANADOS (E14-232) 230	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV ELOY ALFARO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	4
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A CONJUNTO ALFOMBRAS AMERICANAS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	5100001
CORREO ELECTRÓNICO 1	martinaecuador@yahoo.com.mx	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mauh7@yahoo.com	CELULAR	0999442433
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	VILLAFUERTE ALMEIDA ROBERTO MARCELO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704907714
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/11/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CUMBAYA
CIUDADELA	URB. VISTA HERMOSA	BARRIO	VISTA HERMOSA
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/I	CONJUNTO	VISTA HERMOSA
BLOQUE	S/B	EDIFICIO/C.C.	S/E
NÚMERO DE OFICINA	S/N	KM	S/n
CAMINO	PRINCIPAL	REFERENCIA UBICACIÓN	ENTRE TOYOTA Y FYBECA
CORREO ELECTRÓNICO	robertovillafuerte2@yahoo.com	TELEFONO	022893065
		CELULAR	099462970

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	X	NO	
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.