

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS**
**INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA**

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
AMPROCC S.A.		0992367385001	116613	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
AMPROCC S.A.		GUAYAS	GUAYAQUIL	TARQUI
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
URDESA NORTE		URDESA	SEXTA	147
INTERSECCIÓN/MANZANA		CALLEJON 3RA	CONJUNTO	SUIT POST
EDIFICIO/C.C.		2	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO	
		IGLESIA DE LOS MORMONES		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	032969671	
CORREO ELECTRÓNICO 1		galopcoloma@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR	0995853364
SITIO WEB			FAX	

**IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL**

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

**INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	COLOMA BECERRA GALO PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601874241
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	CHIMBORAZO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	15/10/04 0:00	CANTON	RIOBAMBA
CIUDADELA		PARROQUIA	LIZARZABURU
CALLE	SUCUMBOS	BARRIO	24 de mayo
INTERSECCIÓN/MANZANA	AZUAY	NÚMERO	76
BLOQUE		CONJUNTO	CASAS DEL CONDE
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	galopcoloma@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	HOSPITAL ANDINO
		TELEFONO	032607322
		CELULAR	0995853364



0603448507



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: COLOMA BECERRA GALO PATRICIO  
Identificación 0601874241

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 18/12/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

