

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MAREFORMA S.A.		0992469544001	123918
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			BAQUERIZO MORENO
INTERSECCIÓN/MANZANA		9 DE OCTUBRE	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		MONTECRISTI (PISO 2)	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		202	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		ALADO DEL BANCO MANABÍ	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			042561092
CORREO ELECTRÓNICO 1		jalcivar@accountingco.com.ec	TELEFONO 2
			042561092
CORREO ELECTRÓNICO 2		mfiallos@accountingco.com.ec	CELULAR
			0939533016
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	CAIZAHUANO ANDRADE ROBERTO XAVIER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0907227623
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/8/15 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CDLA VISTA SOL MZ B VILLA 6	NÚMERO	100
INTERSECCIÓN/MANZANA	BLVD. 9 DE OCTUBRE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	MONTECRISTI
NÚMERO DE OFICINA	202	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Junto al Banco de Manabí
CORREO ELECTRÓNICO	rcaizahuano@gmail.com	TELEFONO	042561092
		CELULAR	0994492167

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.