

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MOCASTROCORP S.A.		0992732792001	142106
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
E/ MALECON SIMON BOLIVAR Y PANAMA		CENTRO	JUNIN
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
TORRES DEL RÍO		BLOQUE	114
NÚMERO DE OFICINA		11	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE AL BANCO BOLIVARIANO	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		hildis2183@hotmail.com	042310308
CORREO ELECTRÓNICO 2		administracion@aseleg.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			042310308
			CELULAR
			0986174403
			FAX
			Ext. 128

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	UQUILLAS ITURRALDE MARIA GABRIELA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0911943850
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/8/14 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA	CENTRO	PARROQUIA	GUAYAQUIL
CALLE	JUNIN	BARRIO	CENTRO
INTERSECCIÓN/MANZANA	MALECON	NÚMERO	114
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	10	EDIFICIO/C.C.	TORRES DEL RIO
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	xcedeno@legal.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE BCO. BOLIVARIANO
		TELEFONO	042310308
		CELULAR	0995869631

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.