

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
COMAXTORROM S.A.		0791753864001	142159	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		EL ORO	ARENILLAS	ARENILLAS
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
0			AV RAUL FRIAS	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	VICENTE ROCAFUERTE	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	0	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL HOPITAL BASICO DE ARENILLAS	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2908395	
CORREO ELECTRÓNICO 1	tricomotosarenillas_comaxtorrom@hotmail.com	TELEFONO 2	0995478340	
CORREO ELECTRÓNICO 2	lcda_elena@hotmail.com	CELULAR	0959212905	
SITIO WEB		FAX		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	ARENILLAS
------------------	--------	---------------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RAMIREZ GALLO MARTA ANGELITA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0702756164
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/12/13 0:00	CANTON	ARENILLAS
		PARROQUIA	ARENILLAS
CIUDADELA	GUAYAQUIL	BARRIO	
CALLE	CHILE	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ECUADOR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	al lado de banariego
CORREO ELECTRÓNICO	angelitar_74@hotmail.es	TELEFONO	2908395
		CELULAR	0985593459

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
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: RAMIREZ GALLO MARTA ANGELITA
Identificación 0702756164

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

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