

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
MALLORCAFOODS S.A.	1792341833001	142443	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
MALLORCAFOODS	PICHINCHA	QUITO	CARCELÉN
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	LA CRISTIANA	AV. GALO PLAZA LAZO	N69-29
INTERSECCIÓN/MANZANA	AVELLANEDA	CONJUNTO	PARKENOR
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	102	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS BANCO GUAYAQUIL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2801811
CORREO ELECTRÓNICO 1	administracion@mallorcafoods.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@mallorcafoods.com	CELULAR	0997172521
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	ORBE QUINTANA MYRIAM YOLANDA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1001904521
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	17/04/14 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	IÑAQUITO
CALLE	LA COLINA	BARRIO	LA CORUÑA
INTERSECCIÓN/MANZANA	SAN IGNACIO	NÚMERO	N26-106
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	administracion@mallorcafoods.com	REFERENCIA UBICACIÓN	1 CUADRA FYBECA DELA CORUÑA
		TELEFONO	2902732
		CELULAR	0997172521



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: ORBE QUINTANA MYRIAM YOLANDA

Identificación 1001904521

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.

