

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
INPAPEL PATRIA C LTDA		0690033143001	14478	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		CHIMBORAZO	RIOBAMBA	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		PARQUE INDUSTRIAL	AV. CELSO A. RODRÍGUEZS/N	
INTERSECCIÓN/MANZANA	BOLÍVAR BONILLA	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	PARQUE INDUSTRIAL	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	032946786	
CORREO ELECTRÓNICO 1	inpapel@hotmail.com	TELEFONO 2	032960870	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mromero@inpapel.com	CELULAR	0995165991	
SITIO WEB	www.inpapel.com	FAX	2960870	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CHIMBORAZO	CANTON	RIOBAMBA
-----------	------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ESPINOZA SALTOS RUBEN ARMANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601397425
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	CHIMBORAZO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/19/12 12:00 AM	CANTON	RIOBAMBA
		PARROQUIA	RIOBAMBA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	DUCHICELA	NÚMERO	17
INTERSECCIÓN/MANZANA	MONTERREY	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	VANCOUVER
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A ASEGURADORA DEL SUR
CORREO ELECTRÓNICO	aespinoza@inpapel.com	TELEFONO	032960870
		CELULAR	0999247664

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.