

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
GABOR ECUADOR S.A.	0992803649001	145355	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	GUAYAS	GUAYAQUIL	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
PUERTO AZUL		E4	17
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ E4	CONJUNTO	VILLA 17
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A 3 CUADRAS DE LA GARITA 3	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2991316
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad418@hotmail.com	TELEFONO 2	2990907
CORREO ELECTRÓNICO 2	juancarlosmoncayo67@gmail.com	CELULAR	0979259511
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	MONCAYO PONCE JUAN CARLOS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707380687
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/13/15 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	JUAN GOMEZ RENDON (PROGRESO)
CIUDADELA	PUERTO AZUL	BARRIO	
CALLE	E4	NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ E4	CONJUNTO	VILLA 17
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	9
CAMINO	MANZANA E4	REFERENCIA UBICACIÓN	URBANIZACION PUERTO AZUL CASA 3 PUERTAS COLOR NEZROC 16
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@gaborecuador.com	TELEFONO	0979259511
		CELULAR	0997114452

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.