

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
COMERCIAL BUCO CIA. LTDA.	1791904389001	150605	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	CUMBAYA	MANABI	170
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA INTEROCEANICA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CENTRO COMERCIAL CASA VIEJA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	A4	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A MEDIA CUADRA PARQUE CENTRAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022244857
CORREO ELECTRÓNICO 1	lsantamaria@corpmaresa.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	spazmino@corpmaresa.com.ec	CELULAR	0998701705
SITIO WEB		FAX	022267931

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	COBO DURINI ADRIANA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707879639
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/23/11 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	NAYON
CIUDADELA	URB.RANCHO SAN FRANCISCO	BARRIO	
CALLE	CALLE DE LOS ALPES	NÚMERO	LOTE 45
INTERSECCIÓN/MANZANA	PIRINEOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO	VIA A TANDA	REFERENCIA UBICACIÓN	VIA A TANDA
CORREO ELECTRÓNICO	adrianacobo@telefonica.net	TELEFONO	022889018
		CELULAR	0999626887

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.