

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
PQA PRODUCTORES QUIMICOS ECUATORIANOS S.A.		1791973070001	153031
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AV COLON			AV 6 DE DICIEMBRE
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
ANTARES			N25-28
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
1207			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
FRENTE AL HOSPITAL BACA ORTIZ			CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022562409
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
gerenciapqaec@gmail.com		CELULAR	0996310321
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
gerenciapqaec@pqa.com.co			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RAMIREZ LOPEZ GLORIA ESPERANZA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	24869520
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	COLOMBIA
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/15/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV 6 DE DICIEMBRE	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV COLON	NÚMERO	N25-28
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	1207	EDIFICIO/C.C.	ANTATRES
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	importacionesec@pqa.com.co	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A HOSPITAL BACA ORTIZ
		TELEFONO	022562409
		CELULAR	0993569512

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	X	NO	
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.