

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IVAN ARELLANO CIA. LTDA.		1792000416001	154110
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
COLLALOMA		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		COLLALOMA	MANUEL AMBROSI
CIPRESES		CONJUNTO	NÚMERO
CASA		BLOQUE	64-1
PB		KM	CASA
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO DETENCION INFRACTORES DE TRANSITO	CAMINO	PANA NORTE
CASILLERO POSTAL	64-1	TELEFONO 1	PARQUE DE LOS RECUERDOS
CORREO ELECTRÓNICO 1	criss-ac@hotmail.com	TELEFONO 2	2470638
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@thermocon.com.ec	CELULAR	2807994
SITIO WEB	www.thermocon.com.ec	FAX	0985570295
			2807994

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ARELLANO ARELLANO IVAN MARCELO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705931986
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/7/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	PUEMBO
CALLE	JOSE BORJA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	24 DE MAYO	NÚMERO	LT 21
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	PB	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@thermocon.com.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL FABRICA DE HONGOS
		TELEFONO	0994590119
		CELULAR	0994590119

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	X	NO	
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.