

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ALAGROS, SUMAK KAUSAY ALTERNATIVAS AGROECOLOGICAS Y SERVICIOS CIA. LTDA.		1792090695001	158131
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
URB. EL CONDADO		URB. EL CONDADO	CALLE T
INTERSECCIÓN/MANZANA		CALLE W	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		N/A	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		1	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		ETAPA 3 DE LA URB. EL CONDADO	CAMINO
CASILLERO POSTAL		N/A	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		panchito_09@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		jimevag28@yahoo.es	CELULAR
SITIO WEB		N/A	FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANTAMARIA CALERO CARLOS AUGUSTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1801006857
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/11/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	URB. EL CONDADO	BARRIO	URB. EL CONDADO
CALLE	CALLE T	NÚMERO	Oe7-306
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE W	CONJUNTO	N/A
BLOQUE	N/A	EDIFICIO/C.C.	N/A
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ETAPA 3 DE LA URB. EL CONDADO
CORREO ELECTRÓNICO	calin52@hotmail.es	TELEFONO	022495270
		CELULAR	0988112953

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.