

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CORPORACION KAMOPA S.A.		1792174449001	161773
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
29 DE ABRIL		EL VERGEL	NICOLAS BAQUERO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	PARROQUIA
CENTROLOGISTICO ALPACHACA		BLOQUE	TABABELA
NÚMERO DE OFICINA		KM	NÚMERO
PB		CAMINO	S/N
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	3945918
UNA CUADRA ESCUELA CONDAMINE		TELEFONO 2	3945918
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0992528701
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	
gerencia.kamopa@gmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
karen@ebfcargo.com			
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	BRITO PAZMIÑO PATRICIO DAVID		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1716061336
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/26/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	NAYON	PARROQUIA	NAYON
CALLE	PABLO ARENAS	BARRIO	NAYON
INTERSECCIÓN/MANZANA	MANUELA SAENZ	NÚMERO	0
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO	NAYON	KM	5
CORREO ELECTRÓNICO	karen.pazmino.v@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	VIA A NAYON
		TELEFONO	023820164
		CELULAR	0998796797

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.