

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SALVACORP S.A.		1792396468001	164605
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
VIA TANDA		MIRAVALLE	EUGENIO ESPEJO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE	5
REFERENCIA UBICACIÓN		KM	
CENTRO COMERCIAL PLAZA DEL RANCHO		CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3957558
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	3957593
lorenaguerrero@oohecuador.com		CELULAR	0998371391
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
rodrigopulamarin@hotmail.com			
SITIO WEB			
magicmedia.com.ec			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALVADOR ENRIQUEZ DAVID ALEJANDRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711703288
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/5/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	MIRAVALLE I	PARROQUIA	CUMBAYA
CALLE	EUGENIO ESPEJO	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAMILO EGAS	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	SAN ISIDRO II
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	davidparedes@oohecuador.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS ATRAS DE LA GASOLINERA MOBIL
		TELEFONO	023957558
		CELULAR	0987375447

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.