

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
PULLAS Y MORENO ASOCIADOS CIA. LTDA.		1792431794001	169040
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
EL INCA		EL INCA	AV EL INCA
INTERSECCIÓN/MANZANA		CALLE YASUNI	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		2	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE A HOTEL SAVOY	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			026041344
CORREO ELECTRÓNICO 1		edison.pullas@pymsservices.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		nora.garcia@pymsservices.com	CELULAR
			0983359272
SITIO WEB		www.pymsservices.com	FAX
			022505215

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PULLAS GARCIA EDISON RAUL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714285366
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/16/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CHILLOGALLO
CIUDADELA	EL CARMEN	BARRIO	EL CARMEN
CALLE	LLACAO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AYAPAMBA	CONJUNTO	NA
BLOQUE	NA	EDIFICIO/C.C.	CALDERON CHAMBA
NÚMERO DE OFICINA	3	KM	NA
CAMINO	NA	REFERENCIA UBICACIÓN	MERCADO MAYORISTA
CORREO ELECTRÓNICO	edison.pullas@live.com	TELEFONO	025112842
		CELULAR	0992812155

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.