

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
ROCHE NARVAEZ E HIJOS COMERCIALIZADORA ROCHENARVAEZ CIA.LTDA.	0190404633001	180712	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	AZUAY	SANTA ISABEL	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	NARVAEZ	9 DE OCTUBRE	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	AMPARITO TAMARIZ	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A CLINICA MATUTE	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072270345
CORREO ELECTRÓNICO 1	jpalacios@cmc.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	comercial9deoctubre@gmail.com	CELULAR	0982402642
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	SANTA ISABEL
-----------	-------	--------	--------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ROCHE CALVA PABLO ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1718351321
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/29/14 12:00 AM	CANTON	SANTA ISABEL
		PARROQUIA	SANTA ISABEL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	9 DE OCTUBRE	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	A una Cuadra de la Clinica Matute	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA CLINICA MATUTE
CORREO ELECTRÓNICO	pablofcabreraa@gmail.com	TELEFONO	072270345
		CELULAR	0987341331

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

Nombre: ROCHE CALVA PABLO ALBERTO

Identificación 1718351321

REPRESENTANTE LEGAL

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.