

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
CONSTRUCTORA DEL AUSTRO CODELAUSTRO CIA. LTDA.	0391010870001	29806	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	CAÑAR	AZOGUES	AZOGUES
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	EL CALVARIO	JOSE DE LA CUADRA	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	MEDARDO ANGEL SILVA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	ATRAS DE IGLESIA SAN FRANCISCO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072247879
CORREO ELECTRÓNICO 1	romerodiego_emmy6@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	jjargudov@hotmail.com	CELULAR	0998096167
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CAÑAR	CANTON	AZOGUES
-----------	-------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ROMERO PALOMEQUE DIEGO ISMAEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0301607602
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	CAÑAR
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/20/15 12:00 AM	CANTON	AZOGUES
		PARROQUIA	AZOGUES
CIUDADELA	EL CALVARIO	BARRIO	
CALLE	JOSE DE LA CUADRA	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	MEDARDO ANGEL SILVA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ATRAS DE IGLESIA SAN FRANCISCO
CORREO ELECTRÓNICO	romerodiego_emmy6@hotmail.co	TELEFONO	2247879
		CELULAR	0998296312

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.