

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ARCOTRAM S.A. ARCACAY COMPAÑIA DE TRANSPORTES DE MATERIALES		0190157644001	31868
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		AZUAY	SIGSIG
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
-		-	SALAZAR
INTERSECCIÓN/MANZANA			NÚMERO
SUCRE			2-04
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
-			-
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE
001			-
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
A DOS CUADRAS DE LA ESCUELA 16 DE ABRIL			-
CASILLERO POSTAL			CAMINO
-			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1			2266544
asociadosseficontl@outlook.com			TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2			2266544
econtasesoria@gmail.com			CELULAR
SITIO WEB			0990991959
-			FAX
			0000000

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	SIGSIG
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VASQUEZ VASQUEZ SIMON BOLIVAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0703246876
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/6/12 12:00 AM	CANTON	SIGSIG
		PARROQUIA	SIGSIG
CIUDADELA	-	BARRIO	-
CALLE	vega muñoz	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	sucra	CONJUNTO	-
BLOQUE	-	EDIFICIO/C.C.	-
NÚMERO DE OFICINA	-	KM	-
CAMINO	-	REFERENCIA UBICACIÓN	media cuadra edificio pacheco
CORREO ELECTRÓNICO	projusticialex@gmail.com	TELEFONO	072266544
		CELULAR	0984825777

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.