

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA CONSTRUCTORA RAVILCONS S.A.	1190091224001	32277
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	ZAMORA CHINCHIPE	PALANDA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	LA DOLOROSA	AV. LOJA
		NÚMERO
		S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ninguna	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	FRENTE A LA ESCUELA LA DOLOROSA	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	junto a la Escuela La Dolorosa	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
		072586014
CORREO ELECTRÓNICO 1	silviapatriciarente73@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	ravil09@hotmail.com	CELULAR
		0999387427
SITIO WEB		FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ZAMORA CHINCHIPE	CANTON	PALANDA
-----------	------------------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MORALES CARRION ANGEL RAFAEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1102418116
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	LOJA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/1/14 12:00 AM	CANTON	LOJA
		PARROQUIA	SAN SEBASTIÁN
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CATACocha	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	18 de noviembre	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	a dos cuerdas de Parque san sebastian
CORREO ELECTRÓNICO	ravil09@hotmail.com	TELEFONO	072586014
		CELULAR	0999387427

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.