

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ASESORIA Y REPRESENTACIONES COMERCIALES ARCOLANDS C.L.		1791240154001	51142
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
ARCOLANDS CIA LTDA		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CUMBAYA		CUMBAYA	INTEROCEANICA
INTERSECCIÓN/MANZANA		FRANCISCO DE ORELLANA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		PASEO SAN FRANCISCO	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		001	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		CENTRO DE NEGOCIOS PASEO SAN FRANCISCO	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		mcorral@arcolands.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		careyes@arcolands.com	CELULAR
SITIO WEB			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	REYES CAÑIZARES CARLOS ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1706878350
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/24/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CONOCOTO
CIUDADELA	CONOCOTO	BARRIO	
CALLE	JOAQUIN LARCO	NÚMERO	1335
INTERSECCIÓN/MANZANA	CHILLO JIJON	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA MUNICIPIO VALLE
CORREO ELECTRÓNICO	maricarmen_corral@hotmail.com	TELEFONO	CHILLOS
		CELULAR	2868804
			0999785891

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO	
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.