

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
VALMACOR CIA. LTDA.		1791341910001	600243
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
PORTUGAL		EL BATAN	AV CATALINA ALDAZ
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
EDIFICIO BRISTOL			N34-230
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
PISO			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
JUANTO A SEGUROS EQUINOCCIAL			CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	(02)324-891
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
andrangojuan@yahoo.com		CELULAR	0998593540
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	(02)3330-416
juancarlosandrangotobar@hotmail.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VALLEJO ARTEAGA MAURICIO FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714130851
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/23/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	TUMBACO
CALLE	ALFONSO LAMIÑA 12	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	BELIZARIO QUEVEDO	NÚMERO	3560-152
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mvallejo@valmacor.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL COLEGIO ALEMAN
		TELEFONO	3560152
		CELULAR	0997929389

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.