

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

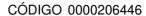
	: 5: ::::62: ::::			
INFORMACIÓN DE LA COMP	PAÑÍA			
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		EXPEDIENTE
SOFADCON CIA. LTDA.		079174411300	)1	61752
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	A CANTON	PARROQUIA
		EL ORO	MACHALA	MACHALA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			Av. Madero Vargas	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA e/ 13va y 14va Oeste			CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE ECU 911		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	2961430
CORREO ELECTRÓNICO 1	maloaiza@hotmail.com		TELEFONO 2	2966006
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@sofadcon.com		CELULAR	0939920020
SITIO WEB www.sofadcon.com			FAX	
IDENTIFICACIÓN DEL DOMI	CILIO LEGAL			
PROVINCIA	EL ORO		CANTON	MACHALA
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	O DEL REPRESENTA	ANTE LEGAL C	) APODERADO	
TIPO DE PERSONA	PERSONA NA	ATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES		ALAREZO ANGEL	POLIVIO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA		No. DE IDENTIFICACIÓN	0703187906
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL INDIVIDUAL			NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GEN	ERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		) AM	CANTON	MACHALA
		J AIVI	PARROQUIA	MACHALA
CIUDADELA			BARRIO	
CALLE	AVENIDA LAS	PALMERAS	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	14 AVA SUR		CONJUNTO	
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓ	ON A 100 METROS DE UNA IGLESIA DE MORMONES
CORREO ELECTRÓNICO orellana_polivio		o@hotmail.com	TELEFONO	2924600

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.

**CELULAR** 

0981659268







## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA								
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	Χ					
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	Χ					
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	Χ					

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.