

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
IMPORTADORA ALIJORMAR CIA. LTDA.		0791745543001	64069
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		EL ORO	MACHALA
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		TANQUE ROJO	CRISTOBAL COLON 1818
INTERSECCIÓN/MANZANA	ROCAFUERTE Y BOLIVAR	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	JUNTO A LA COOP. TAC	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA COOP. TAC	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2962455
CORREO ELECTRÓNICO 1	declaracioness2011@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	alijormar_30412@hotmail.com	CELULAR	0969598927
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
-----------	--------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DIAS PEÑA ALICIA MADELAINE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0702410077
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/17/10 12:00 AM	CANTON	MACHALA
		PARROQUIA	MACHALA
CIUDADELA	LA ALBORADA 1	BARRIO	
CALLE	SIN NOMBRE	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	SIN NOMBRE	CONJUNTO	EDIFICIO ESQUINERO
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE VULCANIZADORA COBEÑA
CORREO ELECTRÓNICO	alijormar_30412@hotmail.com	TELEFONO	072980028
		CELULAR	0906959892

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.