

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TORRES & CASTILLO DISTRIBUCIONES ALCAASTY CIA.LTDA.		1191766187001	712039
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		LOJA	LOJA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CENTRO		PARROQUIA SAGRARIO	JUAN DE SALINAS
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
AV UNIVERSITARIA		BLOQUE	SN
EDIFICIO/C.C.		KM	
NÚMERO DE OFICINA		CAMINO	
1		TELEFONO 1	072107879
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 2	
FRENTE A LA ESCUELA		CELULAR	0969219504
CASILLERO POSTAL		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO 1			
carinacastillo.89@hotmail.es			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
albamarinatorres_@hotmail.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	LOJA	CANTON	LOJA
-----------	------	--------	------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CASTILLO TINIZARAY ROSA CARINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1104909385
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	LOJA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/26/17 12:00 AM	CANTON	LOJA
		PARROQUIA	LOJA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	HUAYRAPUNGO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	TIZACA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CASA ESQUINERA DOS PISOS FRENTE A UNA TINEDA COLOR 072107879
CORREO ELECTRÓNICO	carinacastillo.89@hotmail.es	TELEFONO	
		CELULAR	0969219504

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

Nombre: CASTILLO TINIZARAY ROSA CARINA

Identificación 1104909385

REPRESENTANTE LEGAL

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.