

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ARPROLUS S.A.		1791712838001	88630	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
LEONIDAS PLAZA		FLORESTA	IGNACIO DE VEINTIMILLA	E9-26
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
REFERENCIA UBICACIÓN		KM		
ARRIBA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA		CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2566-433	
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	2500-850	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0992651000	
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	MACCHIAVELLO NOGALES JOSE ANDRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711755080
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/20/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	LA FLORESTA	PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV,IGNACIO DE VEINTIMILLA	BARRIO	LA FLORESTA
INTERSECCIÓN/MANZANA	LEONIDAS PLAZA	NÚMERO	E 9-26
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	604	EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO UZIEL
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	jmacc@macconstrucciones.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA
		TELEFONO	2500850
		CELULAR	0987230173

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		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.