

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MATELBRAS CIA. LTDA		1791769147001	90624
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		LAS MANDARINAS	AV. FRANCISCO DE ORELLANA LOTE 2L
			CONJUNTO
			BLOQUE
			KM
INTERSECCIÓN/MANZANA	PASAJE ISIDRO LUNA	CAMINO	
EDIFICIO/C.C.		TELEFONO 1	2893260
NÚMERO DE OFICINA	1	TELEFONO 2	
REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO A LA CERVECERIA, ANTIGUO CAMINO A	CELULAR	0996559922
CASILLERO POSTAL		FAX	2893260
CORREO ELECTRÓNICO 1	matelbras@hotmail.com		
CORREO ELECTRÓNICO 2	proinyan@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	YANCHAPAXI BUSTILLOS EDGAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	OTRO	No. DE IDENTIFICACIÓN	0501463137
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/7/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	ANTONIO NAVARRO	NÚMERO	N32-107
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRANCISCO ANDRADE MARIN	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	VERSANT
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	UNA CUADRA AL SUR DE LA CAROLINA
CORREO ELECTRÓNICO	reinaldo_yanchapaxi@yahoo.com	TELEFONO	023237431
		CELULAR	0996559933

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.