

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
MAQUIFOUR 4X4 S.A.		1791804813001	91724	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		ORELLANA	ORELLANA	PUERTO FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA)
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
TRANSVERSAL QUINCE		PERLA AMAZÓNICA	LONGITUD SIETE	S/N
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
REFERENCIA UBICACIÓN		KM		
DIAGONAL AL AEROPUERTO		CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2891934	
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	062881434	
maquifur2@tvcable.net.ec		CELULAR	0993382501	
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX		
monik95@hotmail.es				
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ORELLANA	CANTON	ORELLANA
-----------	----------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CARRILLO GIL DORIS ROSALBA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1719404483
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	COLOMBIA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/18/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CUMBAYÁ
CALLE	MANABI	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV INTEROCEANICA	NÚMERO	145
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	maquifur2@tvcable.net.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	ENTRADA PRINCIPAL AL PARQUE DE CUMBAYA
		TELEFONO	022891934
		CELULAR	0993382501

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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: CARRILLO GIL DORIS ROSALBA

Identificación 1719404483

REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.