

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑIA ZAMBRANO BALDA S.A. ZAMBAL		1391739206001	95601
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		MANABI	SUCRE
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
JOSE SALAME		LA INMACULADA	GARCIA MORENO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	PARROQUIA
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE	LEONIDAS PLAZA
REFERENCIA UBICACIÓN		KM	NÚMERO
DIAGONAL AL MERCADO MUNICIPAL DE LEONIDAS PLAZA		CAMINO	SN
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	052399349
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
piscialdea@yahoo.com.mx		CELULAR	0981713421
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
nancy_lucasv@hotmail.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	SUCRE
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZAMBRANO MONTESDEOCA OSCAR ADOLFO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1706372164
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/31/16 12:00 AM	CANTON	PEDERNALES
CIUDADELA		PARROQUIA	COJIMIES
CALLE	SN	BARRIO	SITIO CAÑAVERAL
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	18.5
CORREO ELECTRÓNICO	oscar-zambrano-montesdeoca@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	KM 18.5 VIA PEDERNALES COJIMIES
		TELEFONO	053027094
		CELULAR	0999484565

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.