

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
SIMAR DEL ECUADOR SA		1790004104001	958	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
		BARRIO	CALLE	NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA 6 DE DICIEMBRE			CHECOSLOVAQUIA	E10141
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA PB			BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN A UNA CUADRA DEL HOTEL AKROS			KM	
CASILLERO POSTAL			CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1 andreitasol666@hotmail.com			TELEFONO 1	2243403
CORREO ELECTRÓNICO 2 jejaramillo7@hotmail.com			TELEFONO 2	
SITIO WEB			CELULAR	0999044442
			FAX	2549729

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	HIDALGO BARAHONA FERNANDO SEBASTIAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704675717
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/23/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	BELLAVISTA	PARROQUIA	QUITO
CALLE	CHECOSLOVAQUIA	BARRIO	EL BATAN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV 6 DE DICIEMBRE	NÚMERO	E10141
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	victorhugo.tipan@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL HOTEL AKROS
		TELEFONO	0222241280
		CELULAR	0998358907

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.