

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
PRODUCTOS DE COMIDA Y COMENSALES FELICIANO COMPAÑIA ANONIMA PROCOFECA		1391755295001	96383
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		MANABI	MANTA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
SN		ALTAGRACIA	AV. PRINCIPAL
INTERSECCIÓN/MANZANA		FRENTE A LA PASTORAL	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		SN	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		SN	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		CASA COLOR ABANA CON CAFE	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		gyssellapalacios@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		ebmerafa@gmail.com	CELULAR
SITIO WEB			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	MANTA
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RODRIGUEZ VELEZ FELICIANO CONSTANTINO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1302373764
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/17/14 12:00 AM	CANTON	MANTA
		PARROQUIA	MANTA
CIUDADELA	SN	BARRIO	ALTAGRACIA
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	509
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRENTE CENTRO PASTORAL	CONJUNTO	SN
BLOQUE	SN	EDIFICIO/C.C.	SN
NÚMERO DE OFICINA	SN	KM	SN
CAMINO	SN	REFERENCIA UBICACIÓN	casa color cafe claro9 con vidrios azul
CORREO ELECTRÓNICO	corpa.montecristi@hotmail.com	TELEFONO	052582029
		CELULAR	0985487440

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.