

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CULTICAMARON S.A.		0791734150001	97340
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CULTICAMARON	EL ORO	MACHALA	EL CAMBIO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		AV FERROVIARIA	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	PANAMERICANA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL CENTRO DE SERVICIOS MUNICIPALES	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072992953
CORREO ELECTRÓNICO 1	cristinaisa30@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0939262085
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
------------------	--------	---------------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	OLCAS ALVARADO ISABEL CRISTINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0915358287
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/07/13 0:00	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA		PARROQUIA	TARQUI
CALLE	av joaquin orranta	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	juan tanca marenco	NÚMERO	114
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	321	EDIFICIO/C.C.	PROFESSIONAL CENTER
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	cristinaisa30@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DE EDIF. HOWARD JOHNSON
		TELEFONO	042107335
		CELULAR	0939262085



Isabel Olcas
0915358287

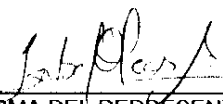
Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

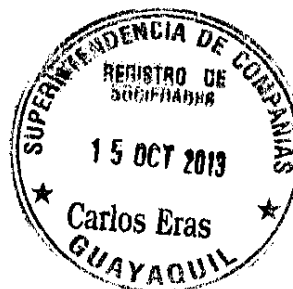

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: OLEAS ALVARADO ISABEL CRISTINA

Identificación 0915358287

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.