

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
GALDECUN S.A.	0991520767001	99022	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	MANABI	JARAMIJÓ	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	SECTOR LA VICTORIA	VIA A LA SEQUITA, A LADO DE HARIMARSA	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA MANTA ROCAFUERTE KM 7 1/2	CONJUNTO	5 1 / 2
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A LA FABRICA HARIMARSA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	53701455
CORREO ELECTRÓNICO 1	katty_garces@galdecun.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	kmgarces@hotmail.com	CELULAR	0992269410
SITIO WEB		FAX	052310407

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	JARAMIJÓ
-----------	--------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AGUDO VALLE RODRIGO DEL JESUS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1304422833
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/3/16 12:00 AM	CANTON	MANTA
		PARROQUIA	MANTA
CIUDADELA	PEÑON DEL MAR	BARRIO	
CALLE	VIA A BARBASQUILLO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	PRINCIPAL	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO HOTEL HOWARD JOHNSON
CORREO ELECTRÓNICO	magdalena-ideal@hotmail.com	TELEFONO	052611861
		CELULAR	0993796879

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.