

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HUMBERTO GARCIA CIA LTDA		1390001394001	10091	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		MANABI	SAN VICENTE	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
S/N		CERCA DE LA PLAZACIVICA	LEONIDAS VEGA	138
EDIFICIO/C.C.	PLAZA AZUL		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	1ER		BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA GASOLINERA		KM	
CASILLERO POSTAL	630		CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1	humgard@gmail.com		TELEFONO 1	052674117
CORREO ELECTRÓNICO 2	angelicaproano77@hotmail.es		TELEFONO 2	
SITIO WEB			CELULAR	0989873351
			FAX	052674128

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	SAN VICENTE
-----------	--------	--------	-------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GARCIA DELGADO HUMBERTO RAMON		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1300333638
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/15/14 12:00 AM	CANTON	SAN VICENTE
CIUDADELA		PARROQUIA	SAN VICENTE
CALLE	MALECON LEONIDAS VEGA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	JUNTO AL BANCO PICHINCHA	NÚMERO	s/n
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	humgard@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL BANCO PICHINCHA
		TELEFONO	052674117
		CELULAR	0989873351

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.