

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
PACIFIC MARINE ENTERPRISES CIA. LTDA. PAMARENT		0992354119001	115544
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GALAPAGOS	SANTA CRUZ
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
S-N		PUNTA ESTRADA	S-N
INTERSECCIÓN/MANZANA	S-N		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	REINA SILVIA		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	S-N		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS HOTEL FINCH BAY		CAMINO
CASILLERO POSTAL	P.O. Box 17-21-1671	TELEFONO 1	052526210
CORREO ELECTRÓNICO 1	pamarent@pamarent.com	TELEFONO 2	052526299
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@pamarent.com	CELULAR	0990071952
SITIO WEB		FAX	052526198

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GALAPAGOS	CANTON	SANTA CRUZ
-----------	-----------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SIEVERS CEDEÑO CHRISTIAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705901971
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	GALAPAGOS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/14/04 12:00 AM	CANTON	SANTA CRUZ
		PARROQUIA	PUERTO AYORA
CIUDADELA	S-N	BARRIO	PUNTA ESTRADA
CALLE	S-N	NÚMERO	S-N
INTERSECCIÓN/MANZANA	S-N	CONJUNTO	S-N
BLOQUE	S-N	EDIFICIO/C.C.	S-N
NÚMERO DE OFICINA	S-N	KM	S-N
CAMINO	S-N	REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS HOTEL FINCH BAY
CORREO ELECTRÓNICO	csievers@pamarent.com	TELEFONO	052526210
		CELULAR	0992715081

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.