

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GALAPAGOS NATIVE GALANATIVE S.A.		2091757837001	136328
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		GALAPAGOS	PUERTO VILLAMIL
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		CORMORAN	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ESCALESIAS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE DE REST. LAS DELICIAS DE MARGARITA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	052529140
CORREO ELECTRÓNICO 1	isabel_ocastillo@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	agenciagalapagosnative@hotmail.com	CELULAR	0991372405
SITIO WEB	agenciagalapagosnative@hotmail.com	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GALAPAGOS	CANTON	ISABELA
-----------	-----------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	JARAMILLO GIL OLINDA BEATRIZ		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0914088604
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GALAPAGOS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/2/15 12:00 AM	CANTON	ISABELA
		PARROQUIA	PUERTO VILLAMIL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CORMORANT	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ESCALECIA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	S/N	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL MERCADO MUNICIPAL
CORREO ELECTRÓNICO	isabel_ocastillo@hotmail.com	TELEFONO	052529140
		CELULAR	0993702945

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

Nombre: JARAMILLO GIL OLINDA BEATRIZ

Identificación 0914088604

REPRESENTANTE LEGAL

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.