

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
MANANET S.A.		1391794428001	147279	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		MANABI	MANTA	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
los esteros		LOS ALCOHONES	AV. 103	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE 117-A		CONJUNTO	SN
EDIFICIO/C.C.	SN		BLOQUE	SN
NÚMERO DE OFICINA	SN		KM	SN
REFERENCIA UBICACIÓN	A MEDIA CUADRA DE LA CLINICA LOS ESTEROS		CAMINO	
CASILLERO POSTAL	SN		TELEFONO 1	052382911
CORREO ELECTRÓNICO 1	samuel_carreno@hotmail.com		TELEFONO 2	SN
CORREO ELECTRÓNICO 2	joeliza0502@hotmail.com		CELULAR	0987633108
SITIO WEB	sn		FAX	0983162325

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	MANTA
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MANTUANO PEREZ ROSA MARGARITA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1305988071
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/13/17 12:00 AM	CANTON	MANTA
		PARROQUIA	MANTA
CIUDADELA	TERRA NOSTRA	BARRIO	TERRA NOSTRA
CALLE	ALDON CALDERON	NÚMERO	16
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA MANTA-JARAMIJO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	SN	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	HIELERA SALAZAR
CORREO ELECTRÓNICO	rosmarg20@hotmail.com	TELEFONO	052382493
		CELULAR	0983162325

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.