

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
DISTRIBUCIONES HANIEL CIA. LTDA. DISTRIHANIEL		1391800150001	166525	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		MANABI	MANTA	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
B CORDOVA		CORDOVA	14 Y 15 A LADO DE PROFERQUIMSA	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 8		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	AL LADO DE PROFERQUIMSA		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	052622831
CORREO ELECTRÓNICO 1	distrihanielcaltlda@hotmail.com		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	patricio.tipan@sercomfi.com		CELULAR	0987918687
SITIO WEB			FAX	052622831

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DELGADO CASANOVA PAOLA SILVANA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1308854114
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/3/13 12:00 AM	CANTON	MONTECRISTI
		PARROQUIA	MONTECRISTI
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	10 DE AGOSTO	NÚMERO	205
INTERSECCIÓN/MANZANA	ROCAFUERTE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ACCESO A CIUDAD ALFARO
CORREO ELECTRÓNICO	girasoles_ps@hotmail.com	TELEFONO	052310262
		CELULAR	0998439788

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.