

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ECOCIVIL S.A.		1391821611001	183087
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
ECOCIVIL		MANABI	PORTOVIEJO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
EL PARAISO			15 DE ABRIL
INTERSECCIÓN/MANZANA			CONJUNTO
26 DE SEPTIEMBRE			
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
CASA COLOR BLANCA			KM
NÚMERO DE OFICINA			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN		A 150 METROS DE LA CLINICA GALENO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			052417197
CORREO ELECTRÓNICO 1		ecocivilsa@outlook.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		alexmore1978@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB			0969179208
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	PORTOVIEJO
-----------	--------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MORA SOLORZANO MARIA DEL ROCIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1308633872
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/16/14 12:00 AM	CANTON	PORTOVIEJO
		PARROQUIA	PORTOVIEJO
CIUDADELA	PARAISO	BARRIO	
CALLE	CALLE PARAISO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	26 DE SEPTIEMBRE Y 15 DE ABRIL	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	a 150 metros de clinica galeno
CORREO ELECTRÓNICO	rocomora160101@yahoo.es	TELEFONO	052417197
		CELULAR	0990927548

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	X	NO	
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.