

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE SERVICIOS SANTA ANA S.A.		1391768214001	205209
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		MANABI	SANTA ANA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			GENERAL FRANCO
			NÚMERO
			102
INTERSECCIÓN/MANZANA	ANGEL RAFAEL ALAVA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	an	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	SANTA ANA DE VUELTA LARGA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	0986969943
CORREO ELECTRÓNICO 1	cia.serviciosantaana@hotmail.com	TELEFONO 2	0992144034
CORREO ELECTRÓNICO 2	acaciavera1968@hotmail.com	CELULAR	0994524288
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	SANTA ANA
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOOR CATAGUA JOSE JAVIER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1311976888
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/25/14 12:00 AM	CANTON	SANTA ANA
		PARROQUIA	SANTA ANA DE VUELTA LARGA
CIUDADELA	1311976888	BARRIO	
CALLE	ANGEL RAFAEL ALAVA	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ALADO DE LA DESPENSA VALENTINA
CORREO ELECTRÓNICO	gaby_p.c.22@hotmail.com	TELEFONO	0992144039
		CELULAR	0992144039

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.