

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
HOTEL VACACIONES HOTVACON CIA LTDA		1390121225001	35089	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
HOTEL VACACIONES		MANABI	SAN VICENTE	SAN VICENTE
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			MALECON LEONIDAS VEGA	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA			CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN			CAMINO	
CASILLERO POSTAL	FRENTE A LA GASOLINERA		TELEFONO 1	052674116
	630		TELEFONO 2	052692959
CORREO ELECTRÓNICO 1	rduenas.contabilidad@dusol.com.ec		CELULAR	0985773092
CORREO ELECTRÓNICO 2	hotelvacaciones1@hotmail.com		FAX	052674117
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	24 DE MAYO
-----------	--------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GARCIA FARINA AURA PIERINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1304061912
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/2/11 12:00 AM	CANTON	SAN VICENTE
		PARROQUIA	SAN VICENTE
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	MALECON LEONIDAS VEGA	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA GASOLINERA
CORREO ELECTRÓNICO	aurapierina@hotmail.com	TELEFONO	052674116
		CELULAR	0985773092

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.