



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
REPRESENTACIONES ISABEL VELASQUEZ S.A. REPRESISAVEL	1391731221001	35749	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
REPRESISAVEL	MANABI	MANTA	MANTA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
MURCIELAGO	MURCIELAGO	CALLE 24	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV.M 3	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	FORTALEZA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	3A	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	EDIFICIO FORTALEZA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	052624053
CORREO ELECTRÓNICO 1	represisavel@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	marivama74@hotmail.com	CELULAR	0994711265
SITIO WEB		FAX	052622075

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VELASQUEZ VERA MARTHA ISABEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709380743
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	19/09/12 12:00 AM	CANTON	MANTA
		PARROQUIA	MANTA
CIUDADELA	MANTA BEACH	BARRIO	VIA SAN MATEO
CALLE	04	NÚMERO	3 A
INTERSECCIÓN/MANZANA	M-A6	CONJUNTO	RESIDENCIAL
BLOQUE	16171	EDIFICIO/C.C.	MANTA BEACH
NÚMERO DE OFICINA	3A	KM	
CAMINO	VIA SAN MATEO	REFERENCIA UBICACIÓN	VIA SAN MATEO
CORREO ELECTRÓNICO	represisavel@hotmail.com	TELEFONO	052677468
		CELULAR	0994711265

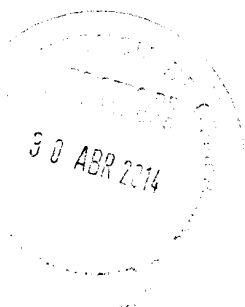
30 ABR 2014

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGALNombre: VELASQUEZ VERA MARTHA ISABEL
Identificación 1709380743

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.