

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
HOTEL ARENAS DEL PACIFICO, HOTARPAC CIA. LTDA.		1390146252001	37256
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		MANABI	SUCRE
CIUDADELA		BARRIO	PARROQUIA
			CHARAPOTÓ
			NÚMERO
			AVDA. QUITO MALECON 0
INTERSECCIÓN/MANZANA	MALECON	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	HOTEL SAN JACINTO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CABAÑAS Y RESTAURANTE EL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	052672513
CORREO ELECTRÓNICO 1	Info@hotelsanjacinto.com	TELEFONO 2	052672516
CORREO ELECTRÓNICO 2	normaysam@hotmail.com	CELULAR	0996218408
SITIO WEB	www.hotelsanjacinto.com	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	SUCRE
------------------	--------	---------------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	FARIÑO BARBA NORMA PASTORA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0917729543
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	26/09/14 0:00	CANTON	SUCRE
		PARROQUIA	CHARAPOTÓ
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV. QUITO MALECON	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A CABANAS Y RESTAURANTE EL
CORREO ELECTRÓNICO	INFO@HOTELSANJACINTO.COM	TELEFONO	052672513
		CELULAR	052672516

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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: FARIÑO BARBA NORMA PASTORA

Identificación 0917729543

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.