

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
CAMARONERA LA MARAVILLA S.A. CALMARVISA	0791717604001	38739	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	EL ORO	MACHALA	MACHALA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		AV. 25 DE JUNIO - VIA PASAJE	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	C.C. ORO PLAZA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	ORO PLAZA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	329	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A BANCO DE MACHALA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2988188
CORREO ELECTRÓNICO 1	loaiza_carlos@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	hermanlg1964@hotmail.com	CELULAR	0991149955
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
-----------	--------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

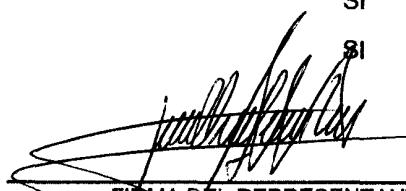
TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOAIZA ZAMBRANO CARLOS HERNAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1715011944
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	15/07/13 0:00	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	TARQUI
CIUDADELA	ISLA SOL	BARRIO	LA PUNTILLA
CALLE	VIA SAMBORONDON	NÚMERO	47
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 1	CONJUNTO	LA PUNTILLA
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL RIOCENTRO ENTRERIOS
CORREO ELECTRÓNICO	loaiza_carlos@hotmail.com	TELEFONO	042838449
		CELULAR	0991149955

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 COMPAÑIA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
COMPAÑIA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: LOAIZA ZAMBRANO CARLOS HERNAN
Identificación 1715011944

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.