

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
PROVISIONES PORTUARIAS PROVIPOORTO CIA. LTDA.	0790097467001	39381
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	EL ORO	MACHALA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	CENTENARIO	BOLIVAR MADERO VARGAS
INTERSECCIÓN/MANZANA	PRIMERA Y SEGUNDA NORTE	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL PARQUE DE LA MADRE	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	mdominguezq@gmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	proviporto@gmail.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX
		2929108
		2927166
		0990071196
		2929108

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	ESPINAL PILOZO SABINA GRABIELA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0917441537
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	15/10/14 0:00	CANTON	MACHALA
		PARROQUIA	PUERTO BOLÍVAR
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV.BOLIVAR MADERO VARGAS	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	ZARUMA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	BARRIO AMAZONAS DIAGONAL
CORREO ELECTRÓNICO	proviporto@gmail.com	TELEFONO	CORP.ADUANERA
		CELULAR	076001901
			0980320304

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 LEGAL**

Nombre: ESPINAL PILOZO SABINA GRABIELA

Identificación 0917441537

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.