

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ECUADORIANHATS CIA. LTDA.		0190367932001	62488	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		AZUAY	CUENCA	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		SIN NOMBRE (CALLE INTERIOR)	CORNELIO VINTIMILLA	611
NÚMERO DE OFICINA		SEÑALEX CIA. LTDA.	CONJUNTO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TRAS CENTRO DE EXPOSICIONES CUENCA	BLOQUE	
CASILLERO POSTAL			KM	
CORREO ELECTRÓNICO 1		kieseleloyalfaro@hotmail.com	CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 2		seleccionpersonal.fmh@gmail.com	TELEFONO 1	4090059
SITIO WEB			TELEFONO 2	4090055
			CELULAR	0983184028
			FAX	sn

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALAMEA MOLINA GALO FABIAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0102420734
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/9/12 12:00 AM	CANTON	CUENCA
CIUDADELA	sn	PARROQUIA	RICAUARTE
CALLE	RICAUARTE	BARRIO	EL TABLON
INTERSECCIÓN/MANZANA	JUNTO COLISEO CATALINAS	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gsalamea@adapaustro.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO COLISEO CATALINAS
		TELEFONO	072865863
		CELULAR	0996482929

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.