

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS HERCANOR S.A.		0891730659001	63167	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
AUDITORS CONSULTING CORP		ESMERALDAS	ESMERALDAS	ESMERALDAS
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			BOLIVAR	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SUCRE		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	33		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	ALTOS DE SERVIPAGOS		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	062452809
CORREO ELECTRÓNICO 1	lhernandez@hercanor.com.ec		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@hercanor.com.ec		CELULAR	0982249463
SITIO WEB			FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ESMERALDAS	CANTON	ESMERALDAS
------------------	------------	---------------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	HERNANDEZ QUIÑONEZ LUIS ANGEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0803144138
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ESMERALDAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/1/10 12:00 AM	CANTON	ESMERALDAS
		PARROQUIA	ESMERALDAS
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	BOLIVAR	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SUCRE	CONJUNTO	
BLOQUE	3	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	33	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ALTOS DE SERVIPAGOS
CORREO ELECTRÓNICO	lhernandez@hercanor.com.ec	TELEFONO	062452809
		CELULAR	0982249463

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.