

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GOODMARCOM S.A.		1391824416001	700234
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		MANABI	JARAMIJÓ
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SN			KM 8.5 VIA MANTA-ROCAFUERTE
EDIFICIO/C.C.	USAFISH		CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A FABRICA DE PLASTICOS TADEL		KM
CASILLERO POSTAL			8 1/2
CORREO ELECTRÓNICO 1	lanchundia@puertomar.com.ec		CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2	dpilozo@puertomar.com.ec		VIA MANTA-ROCAFUERTE
SITIO WEB			TELEFONO 1
			053700945
			TELEFONO 2
			CELULAR
			0992848548
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	JARAMIJÓ
-----------	--------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANCHO ALFONSO ANTONIO MANUEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1716053127
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/16/15 12:00 AM	CANTON	MANTA
CIUDADELA	ciudadela barbasquillo	PARROQUIA	MANTA
CALLE	12 via san Mateo	BARRIO	barbasquillo
INTERSECCIÓN/MANZANA	s/n	NÚMERO	sn
BLOQUE	sn	CONJUNTO	barbasquillo
NÚMERO DE OFICINA	sn	EDIFICIO/C.C.	sn
CAMINO	sn	KM	sn
CORREO ELECTRÓNICO	ansan_alf@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	VIA SAN MATEO
		TELEFONO	0984938874
		CELULAR	0984938874

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.