

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
MANAMAIZ CIA.LTDA.		1391822642001	700392	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		MANABI	BOLÍVAR	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
SN		SITIO LAS DELICIAS	Alejandro Mora	SN
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
SN		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
FRENTE AL PARQUE DE LA MADRE		TELEFONO 1	053025017	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	052686189	
CORREO ELECTRÓNICO 1		manamaiz2015@outlook.com	CELULAR	0991527912
CORREO ELECTRÓNICO 2		aurazamb@hotmail.com	FAX	
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	BOLÍVAR
-----------	--------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CEVALLOS PINARGOTE WALTER RAMON		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1304794546
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/20/15 12:00 AM	CANTON	BOLÍVAR
CIUDADELA	SITIO LAS DELICIAS	PARROQUIA	CALCETA
CALLE	ALEJANDRO MORA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	a 50 metros escuela Alejandro Mora	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	SN	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	miry_75@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	a 50 metros escuela Domingo Sarmientos
		TELEFONO	053025017
		CELULAR	0958842632

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.