

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
OPERADORA PORTUARIA MILTON ADALBERTO LOPEZ ALCIVAR OPERMILLOSA S.A.		1391823118001	700816
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		MANABI	MANTA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		UMIÑA	29
			NÚMERO
			SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV FLAVIO REYES		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL EDIFICIO BUCANEIRO		CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	0993160851
CORREO ELECTRÓNICO 1	opermillosa@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	tanus0028@hotmail.com	CELULAR	0993160851
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	MANTA
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOPEZ ALCIVAR MILTON ADALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1307449890
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/13/15 12:00 AM	CANTON	MANTA
		PARROQUIA	MANTA
CIUDADELA	NO HAY	BARRIO	UMIÑA
CALLE	29	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	NO HAY	CONJUNTO	NO HAY
BLOQUE	NO HAY	EDIFICIO/C.C.	NO HAY
NÚMERO DE OFICINA	NO HA	KM	NO HAY
CAMINO	NO HAY	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL EDIFICIO BUCANEIRO
CORREO ELECTRÓNICO	miltonlopez1980@hotmail.com	TELEFONO	0993160851
		CELULAR	0984445023

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.