SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

FECHA DE EMISIÓN 22/10/2016 CÓDIGO 0000195594

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC		EXPEDIENTE
OPERADORA PORTUARIA DEL PACIFICO OCEANPACIFICPORT S.A.	1391826850001		702873
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	MANABI	MANTA	MANTA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		13 Y 14	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV 6	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EDIF BRAVO VILLAGOMEZ	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A LOS LADOS DE KOREMANTA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	05001963
CORREO ELECTRÓNICO 1	opelmantanaviera@gmail.com	TELEFONO 2	052627321
CORREO ELECTRÓNICO 2	oceanpacificport1@gmail.com	CELULAR	0968662158
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	VELASQUEZ DEL CASTILLO CARLOS FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1305321448
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/4/15 12:00 AM	CANTON	MANTA
		PARROQUIA	MANTA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	TARQUI	NÚMERO	303
INTERSECCIÓN/MANZANA	TARQUI	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	TARQUI
CORREO ELECTRÓNICO	carlosvelasquez@hotmai.com	TELEFONO	0998357411
		CELULAR	0998357411

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.