

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
HOTEL BUENA VISTA MONTAÑITA BVMCA C.A.	0992923822001	703174	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
THE HEIGHTS	SANTA ELENA	SANTA ELENA	MANGLARALTO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		WAZ WHITE	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOTEL MONTAÑITA ESTATES	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042060211
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@montanitaheights.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	stepanie616@hotmail.com	CELULAR	0980231152
SITIO WEB	www.montanitaheights.com	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	SANTA ELENA	CANTON	SANTA ELENA
-----------	-------------	--------	-------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AVILES CALLE STEPANIE ISABEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0926559725
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/17/15 12:00 AM	CANTON	DAULE
		PARROQUIA	DAULE
CIUDADELA	VILLA DEL REY	BARRIO	REINA BEATRIZ
CALLE	SN	NÚMERO	19
INTERSECCIÓN/MANZANA	12	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ENTRANDO POR LA JOYA
CORREO ELECTRÓNICO	estudiocontableaviles@gmail.com	TELEFONO	046051807
		CELULAR	0985379914

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.