

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
AGENCIA DE VIAJES Y OPERADORA TURISTICA SALINAS-TRAVEL		2490015631001	706606
SALINASTRAVEL S.A.			
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		SANTA ELENA	SALINAS
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
LAS DUNAS II		LAS DUNAS	SEGUNDA
INTERSECCIÓN/MANZANA			CONJUNTO
C-1			BLOQUE
EDIFICIO/C.C.			KM
NÚMERO DE OFICINA			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN		ATRAS DE SUPERMAXI	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			042780324
CORREO ELECTRÓNICO 1		salinas.travel.agency@gmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		ppgomez75@hotmail.com	CELULAR
SITIO WEB			0995818274
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GOMEZ PROAÑO VIVIANA ELIZABETH		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0919717629
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	SANTA ELENA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL		CANTON	SALINAS
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO	2/18/16 12:00 AM	PARROQUIA	SALINAS
MERCANTIL			
CIUDADELA	LAS DUNAS	BARRIO	LAS DUNAS II
CALLE	C- 1	NÚMERO	1
INTERSECCIÓN/MANZANA	DIAGONAL SUPERMAXI	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL SUPERMAXI
CORREO ELECTRÓNICO	vgomez422@hotmail.com	TELEFONO	042870324
		CELULAR	0985202579

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	X	NO
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	X	NO

Nombre: GOMEZ PROAÑO VIVIANA ELIZABETH

Identificación 0919717629

REPRESENTANTE LEGAL

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.