

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
NILCLAVISA OPERADOR PORTUARIO S.A.		0991513833001	84873
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		GUAYAS	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			JUNIN
			NÚMERO
			114
INTERSECCIÓN/MANZANA	MALECON Y PANAMA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	TORRES DEL RIO MZN	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	3	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL BANCO BOLIVARIANO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042567741
CORREO ELECTRÓNICO 1	gniveloc@gmail.com	TELEFONO 2	042567742
CORREO ELECTRÓNICO 2	gcordero@ols.com.ec	CELULAR	0986467244
SITIO WEB		FAX	042564958

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	NIVEL CLAVIJO ANGEL GUSTAVO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0906853411
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/14/14 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	JUNIN	NÚMERO	114
INTERSECCIÓN/MANZANA	MALECON SIMON BOLIVAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO TORRES DEL RIO
NÚMERO DE OFICINA	3	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL BANCO BOLIVARIANO
CORREO ELECTRÓNICO	njurado@ols.com.ec	TELEFONO	042567741
		CELULAR	0996392158

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	X	NO	
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.