

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

## INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
TURISMO SUA CIA. LTDA.		0891707843001		93627
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		ESMERALDAS	ESMERALDAS	ESMERALDAS
INTERSECCIÓN/MANZANA	PARQUE CENTRAL	BARRIO	CALLE	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		MIRAFLORES	PRINCIPAL	S/N
NÚMERO DE OFICINA				
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A CABANAS MIRAMAR		CONJUNTO	
CASILLERO POSTAL			BLOQUE	
CORREO ELECTRÓNICO 1	jorgitow@live.com.ar		KM	
CORREO ELECTRÓNICO 2	jennycastilloortiz@hotmail.com		CAMINO	
SITIO WEB			TELEFONO 1	062473086
			TELEFONO 2	062731068
			CELULAR	0980670443
			FAX	062473086

## IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ESMERALDAS	CANTON	ESMERALDAS
INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO			

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MOLINEROS CARRERA JOSE GONZALO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1700194135
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ESMERALDAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/22/13 12:00 AM	CANTON	ATACAMES
		PARROQUIA	ATACAMES
CIUDADELA	MIRAFLORES	BARRIO	MIRAFLORES
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRENTE A CABANAS MIRAMAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A CABANAS MIRAMAR
CORREO ELECTRÓNICO	carmita_93@outlook.com	TELEFONO	062731068
		CELULAR	0991374468

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.