

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
		ESMERALDAS	ESMERALDAS
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		MIRAFLORES	PRINCIPAL
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
PARQUE CENTRAL			S/N
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
FRENTE A CABAÑAS MIRAMAR		TELEFONO 1	062473086
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	062731068
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0980670443
jorgitow@live.com.ar		FAX	062473086
CORREO ELECTRÓNICO 2			
jennycastilloortiz@hotmail.com			
SITIO WEB			

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	CONJUNTA	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ESMERALDAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/22/13 12:00 AM	CANTON	ATACAMES
		PARROQUIA	SUA
CIUDADELA	MIRAFLORES	BARRIO	MIRAFLORES
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRENTE A CABAÑAS MIRAMAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A CABAÑAS 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.