

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TRANSPORTES EN MOTOTAXIS QUININDE S.A. TTQ		0891736762001	148426
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		ESMERALDAS	QUININDÉ
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		NUEVO QUININDE	AV. NUEVA JERUSALEN S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA ESCUELA NAZARET	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	062737636
CORREO ELECTRÓNICO 1	ttq47@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	joselitozambranovallejo@hotmail.es	CELULAR	0980282440
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ESMERALDAS	CANTON	QUININDÉ
-----------	------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ROJAS BRIONES DARWIN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0802780783
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ESMERALDAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/1/17 12:00 AM	CANTON	QUININDÉ
		PARROQUIA	ROSA ZARATE (QUININDÉ)
CIUDADELA		BARRIO	NUEVOS HORIZONTES ALTOS
CALLE	AV JERUSALEN	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	DIAGONAL ESCUELA NAZARET	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CALLE PRINCIPAL
CORREO ELECTRÓNICO	rojasdar26@hotmail.com	TELEFONO	062739186
		CELULAR	0993103012

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.