

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑIA DE TRANSPORTES ZUMBAHUA QUILOTOA C.A	1791890388001	150143
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	COTOPAXI	PUJILÍ
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
COMUNIDAD QUILAPUNGO	COMUNIDAD QUILAPUNGO	VIA A QUILOTOA
INTERSECCIÓN/MANZANA 0		NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		S/N
NÚMERO DE OFICINA		
REFERENCIA UBICACIÓN	A TRESCIENTOS METROS DE LA ESCUELA AUR	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	www.eufemi@gmail.com	03672095
CORREO ELECTRÓNICO 2	jdios84-eufemi@hotmail.com	TELEFONO 2
SITIO WEB		CELULAR
		0997046321
		FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	PUJILÍ
-----------	----------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LATACUNGA CUCHIPARTE AMABLE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0501221196
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/26/15 12:00 AM	CANTON	PUJILÍ
		PARROQUIA	ZUMBAHUA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	via a quilotoa	NÚMERO	SIN NUMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA	SIN INTERSECCION	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	a trescientos metros de la escuela Aurelio Davila Cajas
CORREO ELECTRÓNICO	amablelatacunga@hotmail.com	TELEFONO	032-672095
		CELULAR	097046321

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.