

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMF	PAÑÍA							
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL			RUC			E	EXPEDIENTE	
TRANSA CIA. LTDA	1791939409001			15	51522			
NOMBRE COMERCIAL			PROVINCIA		CANTON	Р	PARROQUIA	
			PICHINCHA		QUITO			
CIUDADELA			BARRIO		CALLE	Ν	IÚMERO	
			CARCELEN		JOSE ORDONEZ	0	E3-52	
INTERSECCIÓN/MANZANA LIBORIO MADERA					CONJUNTO			
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE					
NÚMERO DE OFICINA	PB				KM			
REFERENCIA UBICACIÓN	TRES CUA	ADRAS HOSPITA	AL SAN FRANCISCO CAMINO		CAMINO			
CASILLERO POSTAL	LERO POSTAL				TELEFONO 1	02	22532824	
CORREO ELECTRÓNICO 1	e.m.castro	c@hotmail.com			TELEFONO 2			
CORREO ELECTRÓNICO 2	ORREO ELECTRÓNICO 2 e.m.castroc@hotmail.com				CELULAR	09	979385635	
SITIO WEB					FAX	02	22532824	
IDENTIFICACIÓN DEL DOMI	CILIO LEC	AL						
PROVINCIA PICHINCHA				CANTON		Q	QUITO	
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	DEL RE	PRESENTAN	ITE LEGAL O	APOD	ERADO			
TIPO DE PERSONA	TIPO DE PERSONA PERSONA NATU		JRAL					
APELLIDOS Y NOMBRES	ELLIDOS Y NOMBRES SAMANIEGO TIN		NOCO LEONARDO FRANCISCO					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN CEDULA		No. DE IDENTIFICACIÓ		ΝĊ	1707846356		
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL INDIVIDUAL				NACIO	ONALIDAD		ECUADOR	
CARGO QUE DESEMPEÑA GERENTE		GERENTE		PROVINCIA			PICHINCHA	
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		/22/18 12:00 AM		CANT	ON		QUITO	
		1/22/10 12.UU AN	vi	PARROQUIA			QUITO	
CIUDADELA			BARE	RIO				
CALLE JOSE ORDOR		JOSE ORDONE	Z	NÚMERO			OE3-52	
INTERSECCIÓN/MANZANA LIBORI		LIBORIO MADE	RA	CONJUNTO				

EDIFICIO/C.C.

**TELEFONO** 

**CELULAR** 

KM

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.

e.m.castroc@hotmail.com

REFERENCIA UBICACIÓN HOSPITAL SAN FRANCISCO

022532824

0979583645

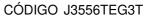
**BLOQUE** 

**CAMINO** 

NÚMERO DE OFICINA

CORREO ELECTRÓNICO







## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA				
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI		NO	Χ
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	1	NO	Χ
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	1	NO	Χ
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	X	NO	
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	SI		NO	Χ

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.