

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRANSPORTE ESCOLAR CEREITRANS S.A.		0591710354001	154389
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		COTOPAXI	SAQUISILÍ
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
PICHINCHA		EL CAMAL	GARCIA MORENO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
A TRES CUADRAS DEL MUNICIPIO		BLOQUE	S/N
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
A TRES CUADRAS DEL MUNICIPIO		TELEFONO 1	690404
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0979204891
cereitranssa@hotmail.com		FAX	032690404
CORREO ELECTRÓNICO 2			
angelicaotanez@hotmail.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	SAQUISILÍ
-----------	----------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	YUGSI GUAYTA SEGUNDO WASHINGTON		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0501757355
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/18/16 12:00 AM	CANTON	SAQUISILÍ
CIUDADELA		PARROQUIA	SAQUISILI
CALLE	SUR	BARRIO	PILACOTO
INTERSECCIÓN/MANZANA	AMAZONAS	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	cereitransssa@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA AL SUR DE LA IGLESIA
		TELEFONO	032690404
		CELULAR	0998709402

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.