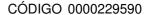


FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA				
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		EXPEDIENTE
TRANSEQUIMAC S.A.		1792094984001		158269
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	1	PICHINCHA	CAYAMBE	
CIUDADELA	I	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		24 DE MAYO	9 DE OCTUBRE	E254
INTERSECCIÓN/MANZANA OLMED	00		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN A 1 CUA	ADRA DEL HOTEL C	CIELO AZUL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	2361712
CORREO ELECTRÓNICO 1 transequ	uimac_sa@hotmail.co	om	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2 licethb@	yahoo.com		CELULAR	0998269517
SITIO WEB			FAX	
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO L	EGAL			
PROVINCIA	PICHINCHA		CANTON	CAYAMBE
INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL F	REPRESENTANT	E LEGAL O	APODERADO	
TIPO DE PERSONA	PERSONA NATUR	RAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BARRERA MEDIA	VILLA JAIME N	IESIAS	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA		No. DE IDENTIFICACIÓN	1704071271
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGA	L INDIVIDUAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERA	L	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL 9/12/17 12:00			CANTON	CAYAMBE
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/12/17 12:00 AIVI		PARROQUIA	CAYAMBE
CIUDADELA			BARRIO	24 DE MAYO
CALLE	9 DE OCTUBRE		NÚMERO	E254
INTERSECCIÓN/MANZANA	OLMEDO		CONJUNTO	
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓI	A UNA CUADRA DEL HOTEL
CORREO ELECTRÓNICO	transeguimac sa@	hotmail.com	TELEFONO	CIELO AZUL 2361712
OOTHIEG ELECTROMOC				

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	Χ
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	Χ
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	Х

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.