

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRANSPORTES ALOAG TRANSALOAG CIA. LTDA.		1792156602001	160893
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	MEJIA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
PANAMERICANA ALOAG		NORTE	GREGORIO CANDÓ
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE	LOTE 3
REFERENCIA UBICACIÓN		KM	
A UNA CUADRA DEL INSTITUTO LOLA LASO		CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023008158
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	0987479429
transaloag.cialtda@hotmail.com		CELULAR	0987742199
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	
patopinto1959@hotmail.es			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	MEJIA
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PINTO VILLAGOMEZ BOLIVIO PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705242301
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	CONJUNTA	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/11/15 12:00 AM	CANTON	MEJIA
CIUDADELA	SNSN	PARROQUIA	CUTUGLAHUA
CALLE	CALLE B2	BARRIO	LOURDES
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	NÚMERO	113
BLOQUE	SN	CONJUNTO	SN
NÚMERO DE OFICINA	SN	EDIFICIO/C.C.	SN
CAMINO	SN	KM	SN
CORREO ELECTRÓNICO	transaloag.cialtda@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR CUTUGLAGUA
		TELEFONO	023008158
		CELULAR	0998004052

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.