

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE CAMIONETAS TRANSMOJANDA CIATRANS MO CIA. LTDA.		1792181062001	161946
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	PEDRO MONCAYO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		CHIMBACALLE	CHACON
			NÚMERO
			SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	BOLIVAR	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	CALLE PRINCIPAL CHIMBACALLE	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2366439
CORREO ELECTRÓNICO 1	cia_mojanda161@hotmail.com	TELEFONO 2	022360637
CORREO ELECTRÓNICO 2	genovevamejia@hotmail.com	CELULAR	0985683471
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	PEDRO MONCAYO
-----------	-----------	--------	---------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VALVERDE TORRES OLGUER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711759546
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/6/16 12:00 AM	CANTON	PEDRO MONCAYO
		PARROQUIA	LA ESPERANZA
CIUDADELA		BARRIO	GUARAQUI
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	EMASSA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CIEN METROS TANQUES DE AGUA
CORREO ELECTRÓNICO	genoveva2591@gmail.com	TELEFONO	02360637
		CELULAR	0982780536

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

Nombre: VALVERDE TORRES OLGUER

Identificación 1711759546

REPRESENTANTE LEGAL

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.