

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRANSPORTES LA CARGA ALUCINANTE TRANSALUCINANTE S.A.		1792226848001	163987
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
Av. Perez Guerrero			VERSALLES
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
TORRES PROFESIONALES			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
204			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			CAMINO
FRENTE A CC QUITUS			TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			2528578
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
gerenciatransalucinante@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR
asistente_transalucinante@hotmail.com			0998107452
SITIO WEB			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALBAN YANEZ XAVIER EDUARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1713108445
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/20/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CHILLOGALLO
CALLE	PASAJE	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	MARIA ENCARNACION	NÚMERO	OE
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gerenciatransalucinante@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A 3 CUADRAS PARQUE CHILLOGALLO
		TELEFONO	2528578
		CELULAR	0998107452

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.