

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
TURTRICIMOTO S.A.		0891737963001	166101	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		ESMERALDAS	QUININDÉ	LA UNIÓN
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
SIMBAÑE		BELLAVISTA	12 DE OCTUBRE	S/N
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		LOTE N° 6
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		KM
S/N		CAMINO		TELEFONO 1
REFERENCIA UBICACIÓN		A 2 CUADRAS DE LA ESCUELA NUESTRA SEÑORA DEL CISNE		062750318
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2		0997131166
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR		FAX
audicontri2013@yahoo.es		SITIO WEB		
CORREO ELECTRÓNICO 2		memey24mayo@hotmail.com		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ESMERALDAS	CANTON	QUININDÉ
-----------	------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AVEIGA RIOFRIO ARIANA HAIDEE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0921066809
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ESMERALDAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/8/17 12:00 AM	CANTON	QUININDÉ
CIUDADELA		PARROQUIA	LA UNION
CALLE	VILLAS NUEVAS	BARRIO	villas nuevas
INTERSECCIÓN/MANZANA	sn	NÚMERO	sn
BLOQUE	sn	CONJUNTO	sn
NÚMERO DE OFICINA	0	EDIFICIO/C.C.	0
CAMINO	sn	KM	0
CORREO ELECTRÓNICO	merylu_90@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	sn
		TELEFONO	062750018
		CELULAR	0985434211

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: AVEIGA RIOFRIO ARIANA HAIDEE

Identificación 0921066809

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.