

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

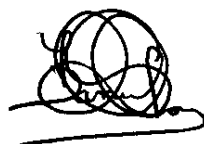
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
TRALIANE S.A.	0992793511001	166587	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	GUAYAS	GUAYAQUIL	ROCAFUERTE
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	RF/ FRNT. A DEPRATI	CHILE	303
INTERSECCIÓN/MANZANA	LUQUE	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	TORRE AZUL MEZANINE	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	213-D	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A ALMACENES DE PRATI	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2516976
CORREO ELECTRÓNICO 1	dsosa@cobena.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	sara.dominguez@cobena.com	CELULAR	0997174027
SITIO WEB		FAX	2516984

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
------------------	--------	---------------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O OPODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
NOMBRES Y APELLIDOS	SOSA CABEZA YONY DANIEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0923444897
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	19/12/12 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	ROCAFUERTE
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CHILE	NÚMERO	303
INTERSECCIÓN/MANZANA	LUQUE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	TORRE AZUL MEZANINE
NÚMERO DE OFICINA	213-D	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A ALMACENES DE PRATI
CORREO ELECTRÓNICO	dsosa@cobena.com	TELEFONO	042516976
		CELULAR	0997174027



0923444897.



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: SOSA CABEZA YONY DANIEL

Identificación 0923444897

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 16/11/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

