

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CIUDAD DE MANTA TRANSPORTE DE CARGA PESADA S.A.		1391800754001	166864
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		MANABI	MONTECRISTI
VICTOR VELEZ		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		PARROQUIA LEONIDAS PROAÑO	AV ELOY ALFARO Y VICTOR VELEZ MZ 21- LOTE
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		ATRAS DE IGLESIA SANTISIMA	KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		citymantasa@hotmail.com	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		jorge.7600@hotmail.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	MONTECRISTI
-----------	--------	--------	-------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CASTRO MOREIRA DENI RODOMIL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1303953945
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/26/15 12:00 AM	CANTON	MONTECRISTI
CIUDADELA		PARROQUIA	MONTECRISTI
CALLE	LEONIDAS PROAÑO	BARRIO	LEONIDAS PROAÑO
INTERSECCIÓN/MANZANA	victor veliz	NÚMERO	SN
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	citymantasa@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	atras de iglesia santisima
		TELEFONO	052636526
		CELULAR	0992035501

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.