

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRANSPORTE DE CARGA PESADA TRANSCHONE S.A.		1391801289001	167417
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		MANABI	CHONE
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SN	AV CALOS ALBERTO
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	CONJUNTO	SN
EDIFICIO/C.C.	SN	BLOQUE	SN
NÚMERO DE OFICINA	SN	KM	SN
REFERENCIA UBICACIÓN	A OCHENTA METRO DEL ESTADIO CHONANAS	CAMINO	AV CARLOS ALBERTO ARAY
CASILLERO POSTAL	593	TELEFONO 1	052000000
CORREO ELECTRÓNICO 1	transchone_s_a@Outlook.com	TELEFONO 2	SD
CORREO ELECTRÓNICO 2	tribulinecont@hotmail.com	CELULAR	0987777405
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	CHONE
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALVATIERRA CARRANZA RAUL CLEMENTE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1302107733
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	CONJUNTA	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/10/15 12:00 AM	CANTON	CHONE
		PARROQUIA	CHONE
CIUDADELA	SN	BARRIO	SN
CALLE	AV. CARLOS ALBERTO ARAY	NÚMERO	000
INTERSECCIÓN/MANZANA	SD	CONJUNTO	SD
BLOQUE	SD	EDIFICIO/C.C.	SD
NÚMERO DE OFICINA	SN	KM	
CAMINO	CHONE - QUITO	REFERENCIA UBICACIÓN	A 80 METRO DEL ESTADIO CHONANAS
CORREO ELECTRÓNICO	transchone_sa@hotmail.com	TELEFONO	052000000
		CELULAR	090000000

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	X	NO	
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.