

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
COMPAÑIA DE TRANSPORTES DE CARGA PESADA VARCAP S.A.	1691714426001	167631	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PASTAZA	PASTAZA	PUYO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	OBRERO	LOJA	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE CAÑAR	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA ASOCIACION DE NO VIDENTES	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	032892439
CORREO ELECTRÓNICO 1	varcap@hotmail.com	TELEFONO 2	032792945
CORREO ELECTRÓNICO 2	sandrys@live.com	CELULAR	0987390929
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PASTAZA	CANTON	PASTAZA
-----------	---------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VARGAS CABRERA EDUARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1600209314
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PASTAZA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/25/15 12:00 AM	CANTON	PASTAZA
		PARROQUIA	PUYO
CIUDADELA	1600209314	BARRIO	LOTIZACION NUEVO PARAISO
CALLE	VIA A TARQUI	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	NUEVO PARAISO
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	S/N	KM	KM 2
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA HOSTERIA HACHACASPI
CORREO ELECTRÓNICO	morpusa@hotmail.com	TELEFONO	032792945
		CELULAR	0987300929

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.