

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
COMPAÑÍA DE CARGA PESADA IMBACARGA S.A.	1091742485001	170568	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
IMBACARGA S.A.	IMBABURA	IBARRA	SAGRARIO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
COLINAS DEL SUR	COLINAS DEL SUR	5 DE JUNIO	6-95
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE 2 DE MARZO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	la perimetral que va a milagro	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	062631138
CORREO ELECTRÓNICO 1	imbacarga@live.com	TELEFONO 2	062558441
CORREO ELECTRÓNICO 2	ebbt_@hotmail.com	CELULAR	0993343227
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	IMBABURA	CANTON	IBARRA
-----------	----------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BENAVIDES TOBAR EDISON BLADIMIR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1002750600
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	IMBABURA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/2/15 12:00 AM	CANTON	IBARRA
		PARROQUIA	IBARRA
CIUDADELA	huertos familiares	BARRIO	
CALLE	CALLE QUITO	NÚMERO	6-43
INTERSECCIÓN/MANZANA	av. 13 de abril	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Policia Judicial
CORREO ELECTRÓNICO	edison1979@outlok.com	TELEFONO	062631138
		CELULAR	093343227

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.