

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL COMPAÑIA DE TRANSPORTE DE CARGA PESADA EN VOLQUETES PADRE CARLOS JIMENEZ S.A.	RUC 0591726978001		EXPEDIENTE 170672
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA COTOPAXI	CANTON LA MANÁ	PARROQUIA LA MANÁ
CIUDADELA	BARRIO ABDON CALDERON	CALLE AMAZONAS	NÚMERO 393
INTERSECCIÓN/MANZANA CALABI		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN JUNTO A TECNICENTRO CAPELO		CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2689683
CORREO ELECTRÓNICO 1 cia.pcj@gmail.com		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2 galorubenvargasflores@gmail.com		CELULAR	0999397668
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	LA MANÁ
------------------	----------	---------------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VARGAS FLORES GALO RUBEN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0501715809
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	26/06/13 0:00	CANTON	LA MANÁ
		PARROQUIA	LA MANÁ
CIUDADELA		BARRIO	CENTRAL
CALLE	AV. CARLOS LOZADA	NÚMERO	224
INTERSECCIÓN/MANZANA	QUITO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA LA
CORREO ELECTRÓNICO	galorubenvargasflores@gmail.com	TELEFONO	0322695104
		CELULAR	0999397668

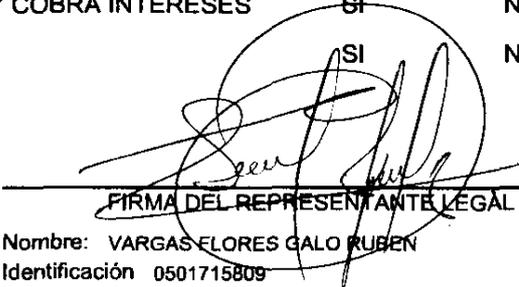


Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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: VARGAS FLORES GALO RUBEN
Identificación 0501715809



FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 13/12/2012

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