

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
COMPAÑIA DE TRANSPORTE DE CARGA PESADA EN VOLQUETES PADRE CARLOS JIMENEZ S.A.		0591726978001	170672	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		COTOPAXI	LA MANÁ	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
QUITO			CARLOS LOZADA QUINTANA	224
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN			KM	
FRENTE CLÍNICA LA DOLOROSA			CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	2695104
CORREO ELECTRÓNICO 1		cia.pcj@gmail.com	TELEFONO 2	2687274
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	1/11/16 12:00 AM	CANTON	LA MANÁ
CIUDADELA		PARROQUIA	LA MANA
CALLE	AV. CARLOS LOZADA	BARRIO	CENTRAL
INTERSECCIÓN/MANZANA	QUITO	NÚMERO	224
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	galorubenvargasflores@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLINICA LA
		TELEFONO	0322695104
		CELULAR	0999397668

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.