

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PESADO TRANSCANANDE S.A.		0891740522001	171334
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		ESMERALDAS	QUININDÉ
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		RECINTO ZAPALLO	24 DE SEPTIEMBRE
			NÚMERO
			00
INTERSECCIÓN/MANZANA	principal	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	00	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE ALMACÉN ANA VICTORIA	CAMINO	VÍA PUERTO NUEVO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	063041709
CORREO ELECTRÓNICO 1	cooptranpes@yahoo.es	TELEFONO 2	063071782
CORREO ELECTRÓNICO 2	marina_graciela@hotmail.es	CELULAR	0985739536
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ESMERALDAS	CANTON	QUININDÉ
-----------	------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ORDOÑEZ CHALAN MIGUEL ANGEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0801876442
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ESMERALDAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/11/13 12:00 AM	CANTON	QUININDÉ
		PARROQUIA	ROSA ZÁRATE (QUININDÉ)
CIUDADELA	principal	BARRIO	10 de agosto
CALLE	PRINCIPAL	NÚMERO	00
INTERSECCIÓN/MANZANA	XXXX	CONJUNTO	00
BLOQUE	1	EDIFICIO/C.C.	00
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	00
CAMINO	1	REFERENCIA UBICACIÓN	principal
CORREO ELECTRÓNICO	asecarrasco@hotmail.com	TELEFONO	062736798
		CELULAR	0968076023

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
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

Nombre: ORDOÑEZ CHALAN MIGUEL ANGEL

Identificación 0801876442

REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

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