

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRANSWIDACE S.A.		1391813635001	175059
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		MANABI	PORTOVIEJO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			VIA CRUCITA
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
CAMINO AL COROZO			S/N
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	URBANIZACION PORTO NUEVO
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
FRENTE AL COLEGIO DE INGENIEROS		TELEFONO 1	052440258
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	052440258
CORREO ELECTRÓNICO 1		confismanabisa@hotmail.com	
CORREO ELECTRÓNICO 2		confismanabisa@hotmail.com	
SITIO WEB		CELULAR	0989384300
		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	PORTOVIEJO
-----------	--------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA		PERSONA NATURAL	
APELLIDOS Y NOMBRES		CEDEÑO MACAY WILIAM DAVID	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN
			1304508466
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		INDIVIDUAL	NACIONALIDAD
			ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE GENERAL	PROVINCIA
			MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL			CANTON
NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO		12/27/13 12:00 AM	PORTOVIEJO
MERCANTIL			PARROQUIA
			PORTOVIEJO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE		NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	URB. PUERTO NUEVO
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE COLEGIO INGS.
CORREO ELECTRÓNICO		william1964@hotmail.com.ar	ELECTRICOS
			052931555
		CELULAR	0979590559

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

Nombre: CEDEÑO MACAY WILIAM DAVID

Identificación 1304508466

REPRESENTANTE LEGAL

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.