

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMERCIO IMPORTACIONES NACIONALES E INTERNACIONAL		0391018383001	183094
TRANSPORTE PESADO Y DE COMBUSTIBLES COTRANSNEIRA S.A.			
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		CAÑAR	SUSCAL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		CENTRO	GALO ORDOÑEZ
			NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA			s/n
EDIFICIO/C.C.			s/n
NÚMERO DE OFICINA			
3			
REFERENCIA UBICACIÓN			
DIAGONAL AL COLISEO DUCUR			
CASILLERO POSTAL			
		TELEFONO 1	072243397
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	072129034
reropi@hotmail.es		CELULAR	0999696557
CORREO ELECTRÓNICO 2			
cotransneira@hotmail.com			
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CAÑAR	CANTON	SUSCAL
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	NEIRA HURTADO JACINTO ROMAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0301226338
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	CAÑAR
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL		CANTON	SUSCAL
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO	12/30/16 12:00 AM	PARROQUIA	SUSCAL
MERCANTIL			
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	GALO ORDEOÑEZ	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	SIN NOMBRE	CONJUNTO	s/n
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	3	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 3 CUADRAS DEL COLISEO
CORREO ELECTRÓNICO	jacintoneira1975@hotmail.com	TELEFONO	DE DUCUR
		CELULAR	072129034
			0998411541

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.