

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TAXIS EN CAMIONETAS DOBLE CABINA YACUCHINGARI S.A.		1990906579001	201398
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		ZAMORA CHINCHIPE	YACUAMBI
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
SAN JOSE DE YACUAMBI		CENTRO	MIGUEL DIAZ
INTERSECCIÓN/MANZANA		DIEZ DE MARZO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		DIAGONAL AL PARQUE CENTRAL	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
REFERENCIA UBICACIÓN		50 METROS PARQUE CENTRAL	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		sct.office@gmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		acontable@yahoo.es	CELULAR
SITIO WEB			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ZAMORA CHINCHIPE	CANTON	YACUAMBI
-----------	------------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CANGO CHALAN LUIS FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1900211309
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	ZAMORA CHINCHIPE
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/28/12 12:00 AM	CANTON	ZAMORA
		PARROQUIA	ZAMORA
CIUDADELA	18 de noviembre	BARRIO	
CALLE	VIA A TUTUPALI	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	sn	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	300 del parque central
CORREO ELECTRÓNICO	mary-j86tt@hotmail.com	TELEFONO	3035511
		CELULAR	0993425123

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.