

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
TRANSPOL CIA. LTDA.	0190358356001	202168
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	AZUAY	SANTA ISABEL
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
sector san javier	la union	via principal (giron-pasaje)
INTERSECCIÓN/MANZANA	A 3 CUADRAS GASOLINERA CATAVIÑA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	A 3 CUADRAS GAOLINERA CATAVIÑA	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	samy3768@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	angelgs519@gmail.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX
		giron pasaje
		072262674
		0984881352
		072262674

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	SANTA ISABEL
-----------	-------	--------	--------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GARCIA SEGARRA ANGEL ERNESTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0103084893
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/21/14 12:00 AM	CANTON	SANTA ISABEL
		PARROQUIA	ABDON CALDERON
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	VIA GIRON PASAJE	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	NINGUNA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	GASOLINERA
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	GASOLINERA CATAVIÑA
CORREO ELECTRÓNICO	jereigo@hotmail.com	TELEFONO	072262827
		CELULAR	0980567722

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.