

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPANIA DE TAXIS LAS PENCAS S.A.		0190143511001	31249
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		AZUAY	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		CRISTO DEL CONSUELO	CARLOS ARIZAGA VEGA S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISAURO ROGRIGUEZ	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL TEQUILAZO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	4095853
CORREO ELECTRÓNICO 1	pencas_sa@hotmail.com	TELEFONO 2	2854050
CORREO ELECTRÓNICO 2	gladan1972@gmail.com	CELULAR	0992375419
SITIO WEB		FAX	0000000

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PERGUACHI PINOS MANUEL ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0101402477
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/3/14 12:00 AM	CANTON	CUENCA
		PARROQUIA	CHIKUINTAD
CIUDADELA	MUTUALISTA AZUAY	BARRIO	MUTUALISTA AZUAY
CALLE	ABELARDO J ANDRADE	NÚMERO	dn
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA A RACAR	CONJUNTO	MUTUALISTA AZUAY
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	sn	KM	
CAMINO	VIA A RACAR	REFERENCIA UBICACIÓN	POR EL COLEGIO SANTA ANA
CORREO ELECTRÓNICO	pencas_sa@hotmail.com	TELEFONO	072859987
		CELULAR	0991903780

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.