

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TRANSPORTES AMAZONICOS COTRAMZO CIA. LTDA.		1490805490001	33391
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		MORONA SANTIAGO	PABLO VI
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			ISIDORO FORMACIO
INTERSECCIÓN/MANZANA			NÚMERO
30 DE OCTUBRE			113
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
DIAGONAL AL MUNICIPIO			CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3901117
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
cotramzo@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0991884494
cotramzo@hotmail.com			
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MORONA SANTIAGO	CANTON	PABLO VI
-----------	-----------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TENECELA YUQUI CARLOS EDELMIRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1400345946
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MORONA SANTIAGO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/16/12 12:00 AM	CANTON	PABLO VI
		PARROQUIA	PABLO SEXTO
CIUDADELA		BARRIO	centro
CALLE	ISIDRO FORMAGIO	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	30 de octubre	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	diagonal al municipio
CORREO ELECTRÓNICO	cotramzo@hotmail.com	TELEFONO	3901117
		CELULAR	0991884494

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.