

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TAXIS TAXIPINOS S.A.		0391007071001	33830
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		CAÑAR	LA TRONCAL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		18 OCTUBRE	4 DE NOVIEMBRE
			NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		25 DE DICIEMBRE ENTRE EL ZAFRERO	S/N
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA		S/N	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		A UNA CUDRA DE LAS CANCHAS	KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		mjvm_ena@hotmail.com	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		taxipinos_2007@outlook.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CAÑAR	CANTON	LA TRONCAL
-----------	-------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	RODRIGUEZ VIVAR EUSTAQUIO POLINARIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709777989
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	CAÑAR
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/4/15 12:00 AM	CANTON	LA TRONCAL
		PARROQUIA	LA TRONCAL
CIUDADELA	bco. de la vivienda	BARRIO	Bco. de la Vivienda
CALLE	MANUEL DE J. CALLE	NÚMERO	1
INTERSECCIÓN/MANZANA	Esmeraldas	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	a una cuadra de las canchas
CORREO ELECTRÓNICO	polinario_2016@outlook.com	TELEFONO	072421565
		CELULAR	0969623557

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.