

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
RUTAS CHIMBORACENSES S.A.		0691711455001	36305
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		CHIMBORAZO	RIOBAMBA
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
EDIFICIO/C.C.		JOAQUIN PINTO	AV. CANONIGO RAMOS 8
NÚMERO DE OFICINA		FRENTE A LA ESPOCH	CONJUNTO
REFERENCIA UBICACIÓN		NORTE	BLOQUE
CASILLERO POSTAL			KM
CORREO ELECTRÓNICO 1		rutas_chimboracenses@hotmail.com	CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 2		vcifuentesbarreno@gmail.com	A QUITO
SITIO WEB			TELEFONO 1
			032607577
			TELEFONO 2
			032603422
			CELULAR
			0999330535
			FAX
			032607577

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CHIMBORAZO	CANTON	RIOBAMBA
-----------	------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	FLORES BALDEON RAMON ALFONSO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601094584
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	CHIMBORAZO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/10/16 12:00 AM	CANTON	RIOBAMBA
CIUDADELA	PUCARA	PARROQUIA	RIOBAMBA
CALLE	AV. CELSO RODRIGUEZ	BARRIO	PUCARA
INTERSECCIÓN/MANZANA	WASHINGTON	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	SECAP
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	malecifuentes28@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	PARQUE INDUSTRIAL
		TELEFONO	032947729
		CELULAR	0987172327

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.