

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑIA DE PASAJEROS EN TAXIS LAGRUTA C.A.		0291505007001	36379
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		BOLIVAR	SAN MIGUEL
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			PEDRO CARBO
INTERSECCIÓN/MANZANA SANTIAGO			NÚMERO
EDIFICIO/C.C.			S/N
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
REFERENCIA UBICACIÓN A MEDIA CUADRA DEL PARQUE CENTENARIO SAN CAMINO			BLOQUE
CASILLERO POSTAL			KM
CORREO ELECTRÓNICO 1 mariafernandah72@yahoo.es		TELEFONO 1	032989197
CORREO ELECTRÓNICO 2 isitasalazar@hotmail.com		TELEFONO 2	032650752
SITIO WEB		CELULAR	0995435272
		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	BOLIVAR	CANTON	SAN MIGUEL
-----------	---------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GARCIA ZURITA JOSE MIGUEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0200654507
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	BOLIVAR
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/6/14 12:00 AM	CANTON	SAN MIGUEL
		PARROQUIA	SAN MIGUEL
CIUDADELA		BARRIO	SANTO CRISTO
CALLE	BATALLA CAMINO REAL	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	PADRE JUAN JOSE MONAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 200M DISPENSARIO DEL
CORREO ELECTRÓNICO	garciazuritaj@gmail.com	TELEFONO	032989338
		CELULAR	0988172970

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.