

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
UTIP S.A. UNIDAD DE TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL PICHINCHA	1792064430001	36404	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	COTOPAXI	LA MANÁ	EL CARMEN
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
RECINTO TRES CORONAS		AYACUCHO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ARGENTINA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL BAR COLOMBIA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2688911
CORREO ELECTRÓNICO 1	ciautipsa@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	wilfrido199238@hotmail.com	CELULAR	0991032970
SITIO WEB		FAX	032688911

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	LA MANÁ
-----------	----------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BAÑO OÑA HUGO WILFRIDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0503925539
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/5/17 12:00 AM	CANTON	LA MANÁ
		PARROQUIA	LA MANA
CIUDADELA	LA MANA	BARRIO	EL ROCIO
CALLE	TUNGURAHUA	NÚMERO	12
INTERSECCIÓN/MANZANA	AMAZONAS	CONJUNTO	SN
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA PANADERIA AMAZONAS
CORREO ELECTRÓNICO	daytonadehugo@gmail.com	TELEFONO	032688911
		CELULAR	0985281273

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

Nombre: BAÑO OÑA HUGO WILFRIDO

Identificación 0503925539

REPRESENTANTE LEGAL

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.