

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
TRANSPORTE COMBATIENTES DEL 95 "TRANSCOMBA" S.A.	0790094964001	39299	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	EL ORO	ARENILLAS	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	CENTRAL	AV. JOSE MONCADA SANCHEZ	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	sn	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	a 20mts. de la Escuela 11 de Noviembre	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072909445
CORREO ELECTRÓNICO 1	transcomba.sa@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	nestorquezada73@outlook.es	CELULAR	0982015074
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	ARENILLAS
-----------	--------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	QUEZADA LANDIN NESTOR RODRIGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0702859240
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/10/16 12:00 AM	CANTON	ARENILLAS
		PARROQUIA	ARENILLAS
CIUDADELA	GUAYAQUIL	BARRIO	
CALLE	AV. SIMON BOLIVAR	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	PORTOVELO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	S/N	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 50 METROS DE LA FISCALIA
CORREO ELECTRÓNICO	david_valarezo@hotmail.com	TELEFONO	072909369
		CELULAR	0995297583

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.