

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
TRANSPORTE DE PASAJEROS METROTRANS TRANSPASMETROTRANS S.A.	1791298756001	49201	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	LA PERLA	QUITUMBE ÑAN	S52-202
INTERSECCIÓN/MANZANA	PASAJE B	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A 200 METROS MAS AL SUR DE LA PARADA DIS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3653924
CORREO ELECTRÓNICO 1	cia_metrotrans@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	aife1@punto.net.ec	CELULAR	0997548755
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOBRONSKY NAVARRO JULIO CESAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1702798057
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	LIQUIDADOR	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/11/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	Marisol	BARRIO	Ponceano Alto
CALLE	FRANCISCO DALMAU	NÚMERO	51
INTERSECCIÓN/MANZANA	OE3D	CONJUNTO	Marisol
BLOQUE	C	EDIFICIO/C.C.	PALERMO 2
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PONCIANO ALTO
CORREO ELECTRÓNICO	dobronskyasociados@gmail.com	TELEFONO	022466560
		CELULAR	0987362722

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.