

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE TRANSPORTE DE CARGA RUTAS JARAMIJENSES "JARA&TRANS" S.A.		1391827679001	701490
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
JARA&TRANS		MANABI	JARAMIJÓ
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		LA COLUCNA	6 DE DICIEMBRE
			SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL MERCADO MUNICIPAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	052608277
CORREO ELECTRÓNICO 1	ivonnetorres30@hotmail.com	TELEFONO 2	052608551
CORREO ELECTRÓNICO 2	juvenalalonzo2@hotmail.com	CELULAR	0983074060
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	JARAMIJÓ
-----------	--------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TORRES ALONZO LILIANA IVONNE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1308255767
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/27/15 12:00 AM	CANTON	JARAMIJÓ
		PARROQUIA	JARAMIJÓ
CIUDADELA	EL PALMAR	BARRIO	EL PALMAR
CALLE	CALLEJON	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE PRINCIPAL	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A FARMACIA
CORREO ELECTRÓNICO	actangie@hotmail.com	TELEFONO	0993438660
		CELULAR	0993438660

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: TORRES ALONZO LILIANA IVONNE

Identificación 1308255767

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.