

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TRANSPORTE DE CARGA PESADA RUTAS FRONTERIZAS DEL SUR TRANSRUFRONSA S.A.		1191758451001	704525
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
TRANSRUFRONSA		LOJA	SARAGURO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		CENTRAL	BOLÍVAR
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	PARROQUIA
SUCRE			MANU
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
FRENTE AL PARQUE DE LA PARROQUIA MANU			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	073109615
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
transrufronsa.22@gmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0967747343
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	LOJA	CANTON	SARAGURO
------------------	-------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ESPINOZA MEDINA WALTER RODRIGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1104275274
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	LOJA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/7/15 12:00 AM	CANTON	SARAGURO
		PARROQUIA	MANU
CIUDADELA		BARRIO	CENTRAL
CALLE	BOLIVAR	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	SUCRE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL PARQUE CENTRAL
CORREO ELECTRÓNICO	walterrodrigo.6@hotmail.com	TELEFONO	3109615
		CELULAR	0968018210

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: ESPINOZA MEDINA WALTER RODRIGO

Identificación 1104275274

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.