

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
WOLVESNIGHT LOBOS NOCTURNOS DEL TRANSPORTE		0791781574001	704861
TRANSPORTES DE CARGA PESADA S.A.			
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
WOLVESNIGHT S A		EL ORO	MACHALA
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
TARQUI			122
INTERSECCIÓN/MANZANA	14AVA NORTE	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	PLANTA BAJA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DE CIRCUNVALACION NORTE	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	072920462
CORREO ELECTRÓNICO 1	wolvesnight2015@gmail.com	TELEFONO 2	072920462
CORREO ELECTRÓNICO 2	carolyne09101980@hotmail.com	CELULAR	0989066588
SITIO WEB		FAX	072920462

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
-----------	--------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BONE SARANGO MICHELLE ISABEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0706553559
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL		CANTON	MACHALA
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO	9/25/15 12:00 AM	PARROQUIA	MACHALA
MERCANTIL			
CIUDADELA	venecia	BARRIO	venecia
CALLE	el cisne	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	CIRCUNVALACION SUR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	PB
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE COLEGIO MACHALA
CORREO ELECTRÓNICO	michellebonesarango94@gmail.com	TELEFONO	072920462
		CELULAR	0998620897

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: BONE SARANGO MICHELLE ISABEL

Identificación 0706553559

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.