

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
COMPANIA DE TRANSPORTES BELLAVISTA S.A. COTAVISTA	0490054316001	85602	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	CARCHI	ESPEJO	EL ÁNGEL
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	SAN VICENTE	SUCRE	828
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. ESPEJO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS DEL DESTACAMENTO DE LA POLICIA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	062977532
CORREO ELECTRÓNICO 1	jhonny.192@hotmail.com	TELEFONO 2	062977532
CORREO ELECTRÓNICO 2	segundochamorro1957@hotmail.es	CELULAR	0993148058
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CARCHI	CANTON	ESPEJO
------------------	--------	---------------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CHAMORRO CHAUCA JHONNY DELFIN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0401542899
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	CARCHI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/11/14 0:00	CANTON	ESPEJO
		PARROQUIA	EL ÁNGEL
CIUDADELA		BARRIO	SAN VICENTE
CALLE	SUCRE	NÚMERO	828
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. ESPEJO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS DEL DESTACAMENTO DE POLICIA
CORREO ELECTRÓNICO	jhonny.192@hotmail.com	TELEFONO	062977532
		CELULAR	0991001733



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CHAMORRO CHAUCA JHONNY DELFIN

Identificación 0401542899

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

