

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
TRANSPORTE PESADO TRANSGALSANT CIA. LTDA.	1791803485001	91513	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
TGS	PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
LA JOYA	CUTUGLAGUA	PANAMERICANA SUR	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE A	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	1 1/2
REFERENCIA UBICACIÓN	ALTOS ESTACIÓN DE SERVICIO LA JOYA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3066430
CORREO ELECTRÓNICO 1	transportestgs@hotmail.com	TELEFONO 2	3066574
CORREO ELECTRÓNICO 2	chugorodrigo87@hotmail.com	CELULAR	0997101288
SITIO WEB		FAX	3066574

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GALARRAGA SANTAMARIA PABLO WASHINGTON		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709390502
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/18/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	SANTA RITA	BARRIO	SANTA RITA
CALLE	LA MANA	NÚMERO	632
INTERSECCIÓN/MANZANA	ALFREDO ESCUDERO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	diagonal canchas Santa Rita
CORREO ELECTRÓNICO	pgalarragas@hotmail.com	TELEFONO	022845432
		CELULAR	0999666642

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO	
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.