

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
COMPAÑÍA DE TRANSPORTE SAN FRANCISCO DE CHILLOGALLO S.A		1791869095001	94116	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	CHILLOGALLO
CHILLOGALLO		BARRIO	CALLE	NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		CHILLOGALLO	CARLOS FREILE	S34-142
ISIDRO BARRIGA	CONJUNTO			
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	1	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A FABRICA DE GASEOSAS ORANGINE	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3034926	
CORREO ELECTRÓNICO 1	sanfrancisco_sa@hotmail.com	TELEFONO 2	2625929	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mgangotena@hotmail.es	CELULAR	0997714497	
SITIO WEB		FAX		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANTAMARIA LUNA SEGUNDO JOSE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708327687
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/4/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	QUITUMBE	PARROQUIA	QUITO
CALLE	QUIPU	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	CASA 6	NÚMERO	6
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	sanfrancisco_sa@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR QUICENTRO SUR
		TELEFONO	022625929
		CELULAR	0994205909

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

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.