

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COELECTECI CIA. LTDA.		1191740862001	138593
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		ZAMORA CHINCHIPE	CUMBARATZA
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		SAN FRANCISCO	AV TRONCAL AMAZONICA S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	SUBIDA AL BARRIO SAN FRANCISCO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	SUBIDA AL BARRIO SAN FRANCISCO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2550693
CORREO ELECTRÓNICO 1	coelecteci@hotmail.com	TELEFONO 2	2550693
CORREO ELECTRÓNICO 2	susany_1984@hotmail.es	CELULAR	0991873609
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	ZAMORA CHINCHIPE	CANTON	ZAMORA
-----------	------------------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MINGA SOLANO WALTER GONZALO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1103786297
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	LOJA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/27/15 12:00 AM	CANTON	LOJA
		PARROQUIA	LOJA
CIUDADELA	EL ROSAL	BARRIO	
CALLE	SEBASTIAN VALDIVIEZO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	RAMON DEL VALLE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 20 DEL PARQUE DE LA CIUDADELA
CORREO ELECTRÓNICO	ingelectricowm@gmail.com	TELEFONO	072586550
		CELULAR	0997985690

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		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.