

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
SERVICIOS EXEQUIALES DEL SUR EXEQUIESUR S.A.	1792379210001	147639	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
EXEQUIESUR	PICHINCHA	QUITO	LA MAGDALENA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	ATAHUALPA	MICHELENA	OE5-133
INTERSECCIÓN/MANZANA	CABO GONZALO CABEZAS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	S/N	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Frente almacenes la Ganga	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2611676
CORREO ELECTRÓNICO 1	exequiesursa@hotmail.com	TELEFONO 2	3108510
CORREO ELECTRÓNICO 2	mfsb78@hotmail.com	CELULAR	0987521504
SITIO WEB		FAX	2611676

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOGROÑO LOZADA ABDON		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1701003723
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/27/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	LA MAGDALENA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	Av. Michelena	NÚMERO	oe51-33
INTERSECCIÓN/MANZANA	Gonzalo Cabezas	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	Frente Almacenes La Ganga
CORREO ELECTRÓNICO	exequiesursa@hotmail.com	TELEFONO	2611676
		CELULAR	0987521504

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: LOGROÑO LOZADA ABDON

Identificación 1701003723

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.