

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
NEOECUABUS S.A.		1792390745001	149339
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AV. NACIONES UNIDAS		LA CAROLINA	AV. DE LAS SHYRIS
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
ALFIL OF.2		BLOQUE	N36-152
NÚMERO DE OFICINA		KM	
2		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	2469244
1 CUADRA ANTES QUICENTRO NORTE		TELEFONO 2	
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0994011603
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	2263233
yoly@impobus.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
monicajaramillo593@outlook.com			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GUZMAN MIRANDA CARLOS ALFONSO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1702419530
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/25/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	BRASIL	BARRIO	Quito Tennis
INTERSECCIÓN/MANZANA	caicedo	NÚMERO	N39 278
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	Colinas del Tennis
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	yoly@impobus.com	REFERENCIA UBICACIÓN	1 cuadra del club _buena vista Teleamazonas
		TELEFONO	022469244
		CELULAR	0994010791

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.