

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LOGISTICA INTEGRAL SEGOVIA ANDRADE LOGINSA CIA. LTDA.		0591709488001	153587
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		COTOPAXI	LATACUNGA
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		CENTRO	2-91
INTERSECCIÓN/MANZANA	GENERAL MALDONADO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	DIAGONAL A LA FARMACIA CRUZ AZUL	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	2	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A FARMACIAS CRUZ AZUL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	0998220085
CORREO ELECTRÓNICO 1	loginsa_2005@yahoo.com	TELEFONO 2	988787397
CORREO ELECTRÓNICO 2	soljd12@yahoo.es	CELULAR	0991551738
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	COTOPAXI	CANTON	LATACUNGA
-----------	----------	--------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SEGOVIA ANDRADE GONZALO ESTUARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0500713839
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	COTOPAXI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/7/11 12:00 AM	CANTON	PUJILÍ
		PARROQUIA	PUJILI
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	JUAN MERIZALDE	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ABDON CALDERON	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 50 MTS INST. BELISARIO QUEVEDO
CORREO ELECTRÓNICO	loginsa2005@hotmail.com	TELEFONO	032723184
		CELULAR	098220085

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.