

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SONAR SONIDOS Y ARTEFACTOS CIA LTDA.		1790564118001	15668
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
SONAR		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		BELISARIO QUEVEDO	PASAJE YAUPI
			NÚMERO
			N31-19
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. MARIANA DE JESUS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	EN FRENTE DE CLINICA INTERNACIONAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2562123
CORREO ELECTRÓNICO 1	ealonsohb@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	ealonsohb@hotmail.com	CELULAR	0984484017
SITIO WEB	ealonsohb@hotmail.com	FAX	084484017

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CHECA CARRILLO BYRON VIRGILIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1800029173
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/7/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	MARIANA DE JESUS	NÚMERO	17 45
INTERSECCIÓN/MANZANA	yaupi	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	enfrente de clinica internacional
CORREO ELECTRÓNICO	sonaryauoi@hotmail.com	TELEFONO	2562123
		CELULAR	0994263755

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.