

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CONGRESOS Y EVENTOS EVENTOSMEDIC CIA. LTDA.		1792220041001	162900
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		santa prisca	AV. COLON
			NÚMERO
			2277
INTERSECCIÓN/MANZANA	ULLOA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	FIERRO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	2 a	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL SEMINARIO MAYOR	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2522612
CORREO ELECTRÓNICO 1	coexponeidams@yahoo.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	pajarito160159@hotmail.com	CELULAR	0998354805
SITIO WEB	www.coexpocialtda.com	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MEJIA SALAZAR NEIDA SESIBEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707743595
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/7/16 12:00 AM	CANTON	RUMINAHUI
		PARROQUIA	SANGOLQUI
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	RIO NAPO	NÚMERO	245
INTERSECCIÓN/MANZANA	ZAMORA	CONJUNTO	PORTO ALEGRE
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	2a	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A LA VUELTA ESCUELA FUTBOL LDU
CORREO ELECTRÓNICO	neidacecibel.mejia@yahoo.com	TELEFONO	2063536
		CELULAR	0993529059

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.