

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LATKONN ECUADOR CIA. LTDA.		1792446147001	170989
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		CARCELÉN	CAPRI
			NÚMERO
			S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA		AV. ELOY ALFARO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		B40	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		TERMINAL TERRESTRE NORTE	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			023460036
CORREO ELECTRÓNICO 1		jorgesimbanab@hotmail.com	TELEFONO 2
			022421860
CORREO ELECTRÓNICO 2		luiseduardo.simbana@gmail.com	CELULAR
			0998537701
SITIO WEB			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		SIMBAÑA BUSTAMANTE JORGE WASHINGTON	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN
			1711468155
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		INDIVIDUAL	NACIONALIDAD
			ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE GENERAL	PROVINCIA
			PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL			CANTON
NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO		7/5/13 12:00 AM	QUITO
MERCANTIL			PARROQUIA
			CALDERON
CIUDADELA			BARRIO
CALLE		RIO CUYABENO	NÚMERO
			N853
INTERSECCIÓN/MANZANA		rio cuyabeno y rio amazonas	CONJUNTO
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.
NÚMERO DE OFICINA			KM
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓN
			guarderia infa
CORREO ELECTRÓNICO		logistics@yahoo.com	TELEFONO
			022421860
			CELULAR
			0999038795

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.