

REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES SOCIEDADES

NUMERO RUC: 0690074826001
RAZON SOCIAL: COMPAÑIA DE TRANSPORTE DE PASAJEROS LINEA GRIS
COMLINGRIS S.A.
NOMBRE COMERCIAL:
CLASE CONTRIBUYENTE: OTROS
REPRESENTANTE LEGAL: ALTAMIRANO MEJIA JORGE SALVADOR
CONTADOR: LOPEZ GUANO LIDIA JANETH

FEC. INICIO ACTIVIDADES: 13/06/1997 FEC. CONSTITUCION: 13/06/1997
FEC. INSCRIPCION: 19/08/1997 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/05/2012

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL:

ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES GREMIALES.

DOMICILIO TRIBUTARIO:

Provincia: CHIMBORAZO Cantón: GUAMOTE Parroquia: GUAMOTE Barrio: SAN JUAN CENTRO Calle: AV. MARIANO CURICAMA Intersección: CHIMBORAZO Referencia ubicación: JUNTO A LAS OFICINAS EICO Teléfono Domicilio: 032910522

DOMICILIO ESPECIAL:

OBLIGACIONES TRIBUTARIAS:

- * ANEXO DE COMPRAS Y RETENCIONES EN LA FUENTE POR OTROS CONCEPTOS
- * ANEXO RFIACION DEPENDENCIA
- * DECLARACIÓN DE IMPUESTO A LA RENTA_SOCIEDADES
- * DECLARACIÓN DE RETENCIONES EN LA FUENTE
- * DECLARACIÓN MENSUAL DE IVA

# DE ESTABLECIMIENTOS REGISTRADOS:	del 001 al 001	ABIERTOS:	1
JURISDICCIÓN:	1 REGIONAL CENTRO IN CHIMBORAZO	CERRADOS:	0



Alvarado
FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

Merino
SERVICIO DE RENTAS INTERNAS

Usuario: BEMB030907 Lugar de emisión: RIOBAMBA/PRIMERA Fecha y hora: 11/05/2012 16:43:20

REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTES SOCIEDADES

NUMERO RUC: 0690074826001
RAZON SOCIAL: COMPAÑIA DE TRANSPORTE DE PASAJEROS LINEA GRIS
COMLINGRIS S.A.

ESTABLECIMIENTOS REGISTRADOS:

No. ESTABLECIMIENTO:	001	ESTADO	ABIERTO	MATRIZ	FEC. INICIO ACT.	07/08/1997
----------------------	-----	--------	---------	--------	------------------	------------

NOMBRE COMERCIAL:	FEC. CIERRE:
-------------------	--------------

ACTIVIDADES ECONÓMICAS:	FEC. REINICIO:
-------------------------	----------------

ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES GREMIALES.

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO:

Provincia: CHIMBORAZO Cantón: GUAMOTE Parroquia: GUAMOTE Barrio: SAN JUAN CENTRO Calle: AV. MARIANO CURICAMA
Intersección: CHIMBORAZO Referencia: JUNTO A LAS OFICINAS EICO Teléfono Domicilio: 032916522



FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE
FECHA _____


FIRMA DEL CONTRIBUYENTE


SERVICIO DE RENTAS INTERNAS