



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
PRODUCTOS LOJAN CIA. LTDA.	1791250443001	51521	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
CARAPUNGO	CARAPUNGO I ETAPA	NEPTALI GODOY	1 Y 7
INTERSECCIÓN/MANZANA	LA RIOJA SPMZ. A-3 DE 1RA ETAPA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	PRODUCTOS LOJAN	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRADAS DEL COLEGIO COLON	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022424154
CORREO ELECTRÓNICO 1	info@humitaslojan.com	TELEFONO 2	022426222
CORREO ELECTRÓNICO 2	patricio@garner.com.ec	CELULAR	0983518064
SITIO WEB		FAX	022427168

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CANTON	CANTON	QUITO
PICHINCHA			

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LOJAN NEIRA MILTON VICENTE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707501506
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/18/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CALDERON
CIUDADELA	CARAPUNGO	BARRIO	CARAPUNGO
CALLE	EPTALI GODOY	NÚMERO	17
INTERSECCIÓN/MANZANA	RIO CHANCHAN	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRADAS COLEGIO COLON
CORREO ELECTRÓNICO	mlojan793@gmail.com	TELEFONO	022420510
		CELULAR	0987600398

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.