

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
LONGPORT ECUADOR CIA. LTDA.	1791728483001	88854	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA	PICHINCHA	QUITO	TABABELA
	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	0	S/N	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	0CENTRO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	QUITO AIRPORT CENTER	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	421	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL TERMINAL AEROPORTUARIO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022818491
CORREO ELECTRÓNICO 1	luis.gabela@longportaviation.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	daniel.lopez@longportaviation.com	CELULAR	0998039200
SITIO WEB		FAX	0

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GABELA VEJAR LUIS PARIS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0901425462
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/20/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	URBANIZACION JARDINES DE AMAGASI	BARRIO	
CALLE	AVIGIRAS	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	GUAYACANES	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA EMBAJADA AMERICANA
CORREO ELECTRÓNICO	luis.gabela@longportsecurity.com	TELEFONO	3284100
		CELULAR	0998039200

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.