

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CONDORS TOURS CIA LTDA DE TURISMO		1790207315001	12499
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		LA MARISCAL	LUIS CORDERO
			NÚMERO
			E10-55
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 12 DE OCTUBRE	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	SANCHO ARIAS	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL HOTEL SWISSHOTEL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL	392A	TELEFONO 1	2230967
CORREO ELECTRÓNICO 1	larzlenin7@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	lenin_rizo_z@yahoo.es	CELULAR	0987898485
SITIO WEB	lenin_rizo_z@yahoo.es	FAX	2528293

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	COBOS CUCALON NORMA GRACIELA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0901000042
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/9/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	EL GIRON
CALLE	LUIS CORDERO	NÚMERO	E1055
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 12 DE OCTUBRE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	SANCHO ARIAS
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL HOTEL
CORREO ELECTRÓNICO	larzlenin7@gmail.com	TELEFONO	2230967
		CELULAR	0996164855

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.