

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
SALAZAR & PONCE ABOGADOS CIA. LTDA.	1792336430001	141770	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
QUEVEDO & PONCE	PICHINCHA	QUITO	NAYÓN
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
MIRAVALLE 4	MIRAVALLE 4	BERNAVE LOVATO	S23-49
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE M	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A 400 METROS DE LA GASOLINERA MOBIL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2897567
CORREO ELECTRÓNICO 1	mangeles.aguirre@quevedo-ponce.net	TELEFONO 2	2897846
CORREO ELECTRÓNICO 2	amdelosangeles@hotmail.com	CELULAR	0999537345
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	SALAZAR CORDOVA AGUSTIN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705917696
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	27/05/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	NAYÓN
CIUDADELA		BARRIO	MIRAVALLE 2
CALLE	BERNAVE LOVATO	NÚMERO	S 23-49
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE M	CONJUNTO	MIRAVALLE 4
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	P B	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 500 METROS GASOLINERA MOBIL
CORREO ELECTRÓNICO	amdelosangeles@hotmail.com	TELEFONO	022898467
		CELULAR	0999537345

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: SALAZAR CORDOVA AGUSTIN

Identificación 1705917096

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el trámite

