

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
BICIOK CIA. LTDA.		1792369622001	146404
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
BICIOK CIA. LTDA.		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		LA FLORESTA	QUESERAS DEL MEDIO
INTERSECCIÓN/MANZANA		ANDALUCIA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		CASA PUERTA COLOR GRIS	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE AL HOSPITAL MILITAR	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		admin@ciclopolis.ec	6041433
CORREO ELECTRÓNICO 2		contabilidad@ciclopolis.ec	TELEFONO 2
SITIO WEB		www.biciok.com	CELULAR
			0983372934
			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	PUENTE CORRAL DIEGO FABIAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710882331
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/25/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	QUITO TENIS
CALLE	HIDALGO DE PINTO	NÚMERO	OE4-141
INTERSECCIÓN/MANZANA	RAFAEL ALMEIDA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	H. DE PINTO
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE LICEO POLICIAL
CORREO ELECTRÓNICO	puentecorral@ciclopolis.ec	TELEFONO	2246477
		CELULAR	098220153

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.