

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
QUALITYTRAVEL S.A.		2091758590001	147762	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		GALAPAGOS	SANTA CRUZ	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			TOMAS DE BERLANGA	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISLAS LAZAS	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	C.C.B.T	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A HOTEL LAS PALMERAS	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	053015128	
CORREO ELECTRÓNICO 1	qualitytraveljose@hotmail.com	TELEFONO 2	042463039	
CORREO ELECTRÓNICO 2	negolevelsa@hotmail.com	CELULAR	0996792438	
SITIO WEB		FAX		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GALAPAGOS	CANTON	SANTA CRUZ
-----------	-----------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SUAREZ FADEL XAVIER ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0919164178
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GALAPAGOS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/6/17 12:00 AM	CANTON	SANTA CRUZ
		PARROQUIA	PUERTO AYORA
CIUDADELA	EL EDEN	BARRIO	
CALLE	18 DE FEBRERO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	SEYMOUR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA PANADERIA LA MODERNA
CORREO ELECTRÓNICO	qualitytraveljose@hotmail.com	TELEFONO	053015128
		CELULAR	0996792438

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

Nombre: SUAREZ FADEL XAVIER ALBERTO

Identificación 0919164178

REPRESENTANTE LEGAL

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.