FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
INSPECCION Y CONTROL DE CALIDAD INGENIEROS S.A.		1792384982001	148493	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	EL BATAN
		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			AV. DE LOS SHYRIS	N34-134
INTERSECCIÓN/MANZANA	REPUBLICA DEL SALVADOR	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	EL LIBERTADOR	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	1201	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL PARQUE LA CAROLINA	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3824601	
CORREO ELECTRÓNICO 1	servcontablesiif@gmail.com	TELEFONO 2	3824633	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0991448209	
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	VICTOR ARBUES VISUS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	XDA824015
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	02/07/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	EL BATAN
CALLE	DIEGO DE ALMAGRO	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	LA PRADERA	NÚMERO	N29-54
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	POSADA KINGMAN
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	servcontablesiif@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL LA RONDA RESTAURANTE
		TELEFONO	02608707
		CELULAR	0939202058

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	X	NO
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: VICTOR ARBUES VISUS
Identificación XDA824015

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 procedimiento.