

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SOLUCIONES CORPORATIVAS STRATUSCORP CIA. LTDA.		1791966635001	152764
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
		BARRIO	CALLE
		ÑAQUITO	AV AMERICA
			NÚMERO
			N37-274
INTERSECCIÓN/MANZANA	VILLALENGUA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	MODULOS	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	5	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS BANCO PACIFICO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022260194
CORREO ELECTRÓNICO 1	ecardoso@stratuscorp.biz	TELEFONO 2	022920078
CORREO ELECTRÓNICO 2	lcardoso@stratuscorp.biz	CELULAR	0996320302
SITIO WEB		FAX	022260194

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CARDOSO MALDONADO LEONARDO JAVIER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711380384
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/19/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	AMAGUANA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CALLE RIO NAPO	NÚMERO	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE RIO VERDE LOTE 4	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PASANDO COMPLEJO RECREACIONAL DE MEDICOS
CORREO ELECTRÓNICO	lcardoso@geodestino.com	TELEFONO	0999721598
		CELULAR	0999721598

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	X	NO	
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.