

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
HEALTHY HOUSE CIA. LTDA.		1791992385001	153450
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
EL CONDADO		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		EL CONDADO	AV. A
EDIFICIO/C.C.		RICARDO DESCALZI	CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA		PB	BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN		DIAGONAL IGLESIA CATOLICA	KM
CASILLERO POSTAL			CAMINO
CORREO ELECTRÓNICO 1		rocio.paredes@pikolin.ec	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 2		jaime.garzon@healthyhous.com	TELEFONO 2
SITIO WEB			CELULAR
			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	GARZON RIVAS JAIME PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0102554318
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/28/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	URB. CONDADO	PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV A	BARRIO	EL CONDADO
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE L	NÚMERO	e4
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	jaime.garzon@pikolin.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA IGLESIA
		TELEFONO	022492064
		CELULAR	0999442422

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.