

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

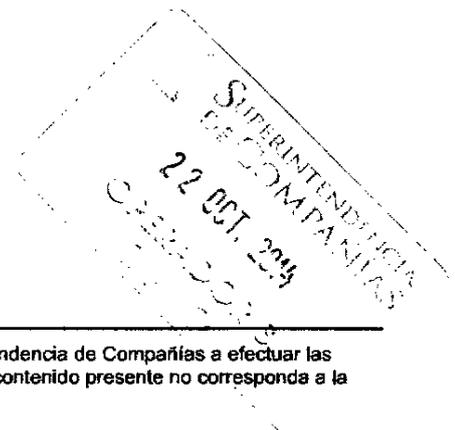
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
INNOVASPACIO CIA. LTDA.	1792006538001	154370	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA	PICHINCHA	QUITO	CARCELÉN
	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		JUAN CAMPUZANO	801
INTERSECCIÓN/MANZANA	CORAZÓN DE JESUS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	CUATRO CUADRAS DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DEL IESE	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022-046675
CORREO ELECTRÓNICO 1	innovaspacio2005@gmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	gaby-apr@hotmail.com	CELULAR	0998146596
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	PROAÑO RHON GABRIELA ALEJANDRA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1720284460
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	15/10/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	TUMBACO
CIUDADELA		BARRIO	LA ESPERANZA
CALLE	PASAJE EL MORO	NÚMERO	LOTE 3
INTERSECCIÓN/MANZANA	NORBERTO SALAZAR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	3 CUADRAS DE IGLESIA LA ESPERANZA
CORREO ELECTRÓNICO	gaby-apr@hotmail.com	TELEFONO	022046675
		CELULAR	0998146596



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



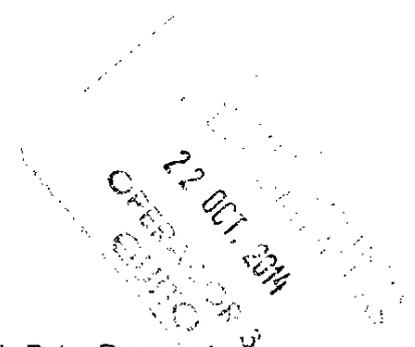
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: PROAÑO RHON GABRIELA ALEJANDRA
Identificación: 1720284460

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.



22 OCT 2014
SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS Y VALORES