

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ECUSOLID S.A.		1792038480001	155885	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ECUSOLID S.A.		PICHINCHA	QUITO	EL BATAN
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		BENALCAZAR	AV. REPUBLICA DEL SALVADOR	1082
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO		
NACIONES UNIDAS				
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
TORRES MANSION BLANCA				
NÚMERO DE OFICINA		KM		
4				
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
JUNTO AL HOTEL SHERATON				
CASILLERO POSTAL		TELÉFONO 1		2461427
		TELÉFONO 2		2461523
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR		0998343477
valmeida_ab@yahoo.com		FAX		2254345
CORREO ELECTRÓNICO 2				
silomensa1@gmail.com				
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA		PERSONA NATURAL	
APELLIDOS Y NOMBRES		ALMEIDA TERAN VALENTINA ESTEFANIA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN
			1712751518
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		INDIVIDUAL	NACIONALIDAD
			ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE GENERAL	PROVINCIA
			PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		28/07/14 0:00	CANTON
			QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	
		IÑAQUITO	
CALLE		BARRIO	LA CAROLINA
INTERSECCIÓN/MANZANA		NÚMERO	1082
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	TORRES MANSION BLANCA
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL HOTEL SHERATON
		TELÉFONO	2461427
		CELULAR	0998343477

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: ALMEIDA TERAN VALENTINA ESTEFANIA
Identificación 1712751518

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.

