

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TECFENIX CIA. LTDA.		1792063418001	156878
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
VEINTIMILLA		MARISCAL	JUAN LEON MERA
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
RÍO DE LA PLATA			N2293
NÚMERO DE OFICINA			
202			
REFERENCIA UBICACIÓN			
FRENTE A LA UNIDAD JUDICIAL ESPECIALIZAD			
CASILLERO POSTAL			
		TELEFONO 1	2561672
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
josebeltran1958@yahoo.es			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0995019532
jbeltran@grupoturbo.com			
SITIO WEB		FAX	2561672

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MALATAXI AMAGUA JUAN CARLOS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1713255766
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/2/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	SANTA PRISCA	PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV. LOS LAURELES	BARRIO	SANTA PRISCA
INTERSECCIÓN/MANZANA	SEXTA TRANSVERSAL	NÚMERO	N2293
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	202	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	tecfenix@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A CINCO CUADRAS DEL HOSPITAL JULIO ENDARA
		TELEFONO	0995019532
		CELULAR	0990371526

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.