

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ASISTENCIA TECNOLÓGICA COOPERATIVA ASISTECOOPER S.A.		1792117356001	159199
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		IÑAQUITO	AV. NACIONES UNIDAS
			NÚMERO
			E2-30
INTERSECCIÓN/MANZANA	NUÑEZ DE VELA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	METROPOLITAN	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1209	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	EDIFICIO BLANCO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3956515
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@asistecooper.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	gerencia@asistecooper.com.ec	CELULAR	0984511352
SITIO WEB	www.asistecooper.com.ec	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	HUILCA PINOS LUIS FREDDY		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712055514
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/9/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	NACIONES UNIDAS	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	IÑAQUITO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE CLUB DE LEONES
CORREO ELECTRÓNICO	contabilidad@asistecooper.com.ec	TELEFONO	023956510
		CELULAR	0987027942

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.