

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INCAPOWER S.A.		1792176212001	161740
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CARCELEN		PONCIANO	GALO PLAZA LASSO
INTERSECCIÓN/MANZANA	JOAQUIN MANCHENO	CONJUNTO	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	7142
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A FABRICA WUESCO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023500057
CORREO ELECTRÓNICO 1	sgarcia@incapower.com.ec	TELEFONO 2	022805715
CORREO ELECTRÓNICO 2	augusta.garlarza@incapower.com.ec	CELULAR	0997724126
SITIO WEB		FAX	0997724126

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GALARZA DAVILA MARIA AUGUSTA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0200423333
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	28/10/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CARCELÉN
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	CALLE B EL CONDADO	NÚMERO	104
INTERSECCIÓN/MANZANA	PRIMERA TRANSVERSAL	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ENTRADA GASOLINERA EL CONDADO
CORREO ELECTRÓNICO	augusta.garlarza@incapower.com.ec	TELEFONO	3500057
		CELULAR	0959702017



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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: GALARZA DAVILA MARIA AUGUSTA

Identificación 0200423333

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.

