

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
INMOCONFORT S.A.		1792191114001	162109	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	EL CONDADO
		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		EL CONDADO	CALLE B	LOTE 68
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN		CONJUNTO	URBANIZACION EL RINCON DEL CONDADO
EDIFICIO/C.C.	CASA 4		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL QUITO TENIS Y GOLF CLUB		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	022491569
CORREO ELECTRÓNICO 1	inmoconfort@hotmail.com		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR	0998234307
SITIO WEB			FAX	0998234307

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	FIGUERAS COSTA ROMAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	xda904501
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESPAÑA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	14/10/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	COTOCOLLAO
CIUDADELA		BARRIO	CONDADO
CALLE	B	NÚMERO	CASA 4
INTERSECCIÓN/MANZANA	S/N	CONJUNTO	EL RINCON DEL CONDADO
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A DOS CUADRAS DEL QUITO TENNIS Y GOLF CLUB
CORREO ELECTRÓNICO	administracion@habitatecuador.com	TELEFONO	022905905
		CELULAR	0998234307

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: FIGUERAS COSTA ROMAN

Identificación xda904501

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

