

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
COMPañIA SERVICIO DE TRANSPORTE OASIS S.A.	1792199921001	162761	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
OASIS S.A.	PICHINCHA	QUITO	SAN ANTONIO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	EQUINOCCIAL	AV. EQUINOCCIAL	S1-23
INTERSECCIÓN/MANZANA	PUCARA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CASA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL COLEGIO MISION GEODESICA CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2394535
CORREO ELECTRÓNICO 1	cia.oasis.s.a@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0991542545
SITIO WEB		FAX	2934535

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	FLORES CAMINO MARIO IBAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708791361
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/01/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	SAN ANTONIO
CIUDADELA		BARRIO	EQUINOCCIAL
CALLE	SHEYGUA	NÚMERO	N2-34
INTERSECCIÓN/MANZANA	MISION GEODESICA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CANCHAS COMPLEJO MITAD DEL MUNDO
CORREO ELECTRÓNICO	cia.oasis.s.a@hotmail.com	TELEFONO	2395969
		CELULAR	0991542545

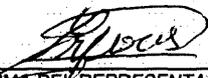


Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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: FLORES CAMINO MARIO IBAN
Identificación 1708791361

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.

