

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
ASISTTECHMIX CIA. LTDA.		1792208416001	162908	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ATM CIA. LTDA.		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		IÑAQUITO	IÑAQUITO	1261
INTERSECCIÓN/MANZANA	NACIONES UNIDAS	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	COMANDATO	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	107	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	EDIFICIO COMANDATO	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022255092	
CORREO ELECTRÓNICO 1	elizabeth.diaz@atm-sol.com	TELEFONO 2	0998036803	
CORREO ELECTRÓNICO 2	asist.contabilidad@atm-sol.com	CELULAR	0998274773	
SITIO WEB		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	DIAZ GUAITA SONIA ELIZABETH		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714117940
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/09/14 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	SAN ISIDRO DEL INCA
CALLE	LOS NOGALES	BARRIO	AMAGASI DEL INCA
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LAS UVAS	NÚMERO	E17-454
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	elizabeth.diaz@atm-sol.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA ACADEMIA NAVAL RAFAEL MORAN VALVERDE
		TELEFONO	022255092
		CELULAR	0998036803

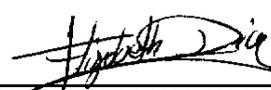


Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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	X	NO
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: DIAZ-GUAITA SONIA ELIZABETH
Identificación 1714117940

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.

