

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

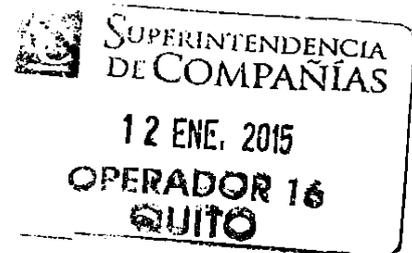
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
STRUKONCEPT S.A.	1792229588001	163490	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	SAN ISIDRO DEL INCA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
MATOVELLE	MATOVELLE	JOAQUIN ARRIETA	N52-111
INTERSECCIÓN/MANZANA	JOSE FELIX BARREIRO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	1/2 CUADRA DEL PARQUE MATOVELLE	CAMINO	
CASILLERO POSTAL	17-07-8731	TELEFONO 1	023261090
CORREO ELECTRÓNICO 1	konceptossa@gmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	palarcon58@gmail.com	CELULAR	0991564818
SITIO WEB		FAX	023261090

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALARCON CHACON PATRICIO BENJAMIN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601172729
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/14/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	SAN ISIDRO DEL INCA
CIUDADELA	MATOVELLE	BARRIO	MATOVELLE
CALLE	JOAQUIN ARRIETA	NÚMERO	N52-111
INTERSECCIÓN/MANZANA	JOSE FELIX BARREIRO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	1/2 CUADRA DEL PARQUE MATOVELLE
CORREO ELECTRÓNICO	palarcon58@gmail.com	TELEFONO	023261090
		CELULAR	0991564818



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		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ALARCON CHACÓN PATRICIO BENJAMIN
Identificación 0601172729

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.

