

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TECHNOPROJECT, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE		1792226163001	163949
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SUIZA			CHECOSLOVAQUIA
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
EVELIZA PLAZA			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
3			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			TELEFONO 1
DOS CUADRAS COLEGIO BENALCAZAR			6042352
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 1			CELULAR
afiquali@hotmail.com			0984458880
CORREO ELECTRÓNICO 2			FAX
raul.castellanos@technoproject.com.mx			3325552
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CASTELLANOS MARTINEZ RAUL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	01370018298
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	MEXICO
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/20/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	EL BATAN BQ2	BARRIO	el batan
INTERSECCIÓN/MANZANA	av 6 de diciembre	NÚMERO	SN
BLOQUE	2	CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	neuquen
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	raul.castellanos@technoproject.com.mx	REFERENCIA UBICACIÓN	al frente colegio benalcazar
		TELEFONO	0997458771
		CELULAR	0997458771

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros 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

---

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros 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.