

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

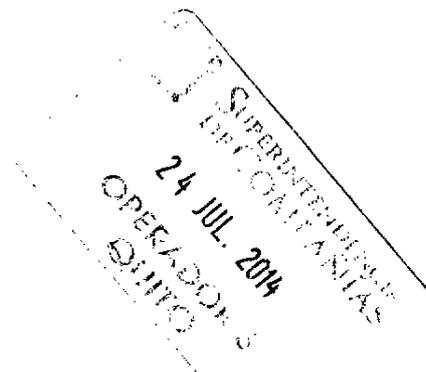
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
CONSULNIMA, S.L.	1792410762001	166397	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CONSULNIMA	PICHINCHA	QUITO	ITCHIMBÍA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	LA FLORESTA	AV. 12 DE OCTUBRE	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV COLON	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO BOREAL	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	1504	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE EDIFICIO BANCO TERRITORIAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022448085
CORREO ELECTRÓNICO 1	dgonzalez@lexartis.ec	TELEFONO 2	3826851
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0987359665
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	ANDRADE OLVERA HUGO FABIAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709889768
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/12/12 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	EL BATAN
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	JUAN LEON MERA	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	ORELLANA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	JUAN LEON MERA
NÚMERO DE OFICINA	203	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL HOTEL MARRIOT
CORREO ELECTRÓNICO	fabian.andrade@andradeabogados.com	TELEFONO	022239870
		CELULAR	0999900966

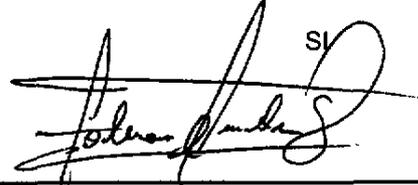


Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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: ANDRADE OLVERA HUGO FABIAN
Identificación 1709889768

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.

