

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GALCONTOUR VIAJES Y TURISMO S.A.		1792413451001	166633
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
AV. PÉREZ GUERRERO		SAN JUAN	PORTOVIEJO
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
EDIFICIO ZAPATA HERMANOS		BLOQUE	OE1-51
NÚMERO DE OFICINA		KM	
OF105		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	022907564
DIAGONAL AL HOSPITAL INGLES		TELEFONO 2	
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0983997762
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	
bldsantis@hotmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			
bldsantis@hotmail.com			
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	ESPINOZA CHALA LENYN ALIRIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0400880597
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/25/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	MARISCAL	PARROQUIA	QUITO
CALLE	PORTOVIEJO	BARRIO	SAN JUAN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. PEREZ GUERRERO	NÚMERO	35-62
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	105	EDIFICIO/C.C.	ZAPATA HERMANOS
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	galcontour@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOSPITAL INGLES
		TELEFONO	022907564
		CELULAR	0981595453

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	X	NO	

Nombre: ESPINOZA CHALA LENYN ALIRIO

Identificación 0400880597

REPRESENTANTE LEGAL

---

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.