

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
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SAN JUAN	PORTOVIEJO
			NÚMERO
			OE1-51
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. PÉREZ GUERRERO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO ZAPATA HERMANOS	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	OF105	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOSPITAL INGLES	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022907564
CORREO ELECTRÓNICO 1	bldsantis@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	bldsantis@hotmail.com	CELULAR	0983997762
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	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
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	MARISCAL	BARRIO	SAN JUAN
CALLE	PORTOVIEJO	NÚMERO	35-62
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. PEREZ GUERRERO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	ZAPATA HERMANOS
NÚMERO DE OFICINA	105	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOSPITAL INGLES
CORREO ELECTRÓNICO	galcontour@hotmail.com	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.