

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
EQUINOCCIAL ALIMENTOS Y BEBIDAS EQALBE CIA. LTDA.		1792418577001	167381
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
SAN GABRIEL		BARRIO	CALLE
SAN GABRIEL		SAN GABRIEL	BOURGEOIS
INTERSECCIÓN/MANZANA		RUMIPAMBA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		(A 2 CUADRAS DEL COLEGIO SAN GABRIEL)	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		(A 2 CUADRAS DEL COLEGIO SAN GABRIEL)	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		eqalbe@ute.edu.ec	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		info@ute.edu.ec	CELULAR
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	BURNEO VALDIVIESO PATRICIO DOMINGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1102621974
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/19/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	QUITO TENIS	PARROQUIA	QUITO
CALLE	ALONSO DE TORRES	BARRIO	EL BOSQUE
INTERSECCIÓN/MANZANA	EDMUNDO CARVAJAL	NÚMERO	304
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	304	EDIFICIO/C.C.	VENTURA
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	pburneo@ute.edu.ec	REFERENCIA UBICACIÓN	EL BOSQUE
		TELEFONO	022990800
		CELULAR	0999193668

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.