

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
UBICARSAT S.A.		1792424046001	168051	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
LA CONCEPCIÓN		BARRIO	CALLE	NÚMERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		LA FLORIDA	Pasaje Amazonas	N51-41
RIO ARAJUNO			CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	CASA 2 PISOS		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Parqueadero A Parque Bicentenario		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	022240394
CORREO ELECTRÓNICO 1	joseluisabadr@yahoo.es		TELEFONO 2	022248916
CORREO ELECTRÓNICO 2	vaneagui288@hotmail.com		CELULAR	0995600845
SITIO WEB	www.ubicarsat.ec		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	AGUIRRE GARCES VANESSA CINTYA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712479581
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/3/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	NAYON
CALLE	HUAYNA CAPAC	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISIDRO AYORA	NÚMERO	OE6-48
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	aguirregarces@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	Diagonal Parque Calero
		TELEFONO	2884982
		CELULAR	0988194578

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		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.