

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
FIT CONSEIL		1792458587001	172564	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
SUECIA		JIPIJAPA	AV. REPÚBLICA DEL SALVADOR	N35-146
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO	
PRISMA NORTE			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
61			CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		ESTADIO OLÍMPICO ATAHUALPA	TELEFONO 1	022924240
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 2	022247288
CORREO ELECTRÓNICO 1		sanmerino65@hotmail.com	CELULAR	0980619836
CORREO ELECTRÓNICO 2		aojeda@svar-law.com	FAX	
SITIO WEB		www.fit-conseil.fr		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MERINO VALVERDE SANTIAGO XAVIER		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704959145
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/18/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	REPUBLICA DEL SALVADOR	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	SUECIA	NÚMERO	N35-146
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	61	EDIFICIO/C.C.	PRISMA NORTE
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	sanmerino65@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL QUICENTRO
		TELEFONO	022924240
		CELULAR	0996258375

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.