

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ECUAOPTIMIZEIT CIA. LTDA		1792460077001	172762
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL BATAN	GASPAR DE VILLARROEL
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	NÚMERO
PARIS			S/N
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	PARQUE REAL
TORRE PINO 12 PISO 4			
NÚMERO DE OFICINA		KM	
44			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
FRENTE AL MINISTERIO DEL DEPORTE			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2360574
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
cflores@optimizeit.ec			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0980695078
info@optimizeit.ec			
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		JARA CISNEROS CARLOS GABRIEL	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN
			1716569924
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		INDIVIDUAL	NACIONALIDAD
			ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE GENERAL	PROVINCIA
			PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL			CANTON
NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO			QUITO
MERCANTIL			PARROQUIA
			QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE		NÚMERO	S/N
GASPAR DE VILLARROEL			
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	PARQUE REAL
PARIS			
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
PINO 12			
NÚMERO DE OFICINA		KM	
44			
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL MINISTERIO DEL
CORREO ELECTRÓNICO		TELEFONO	DEPORTE
cjara@optimizeit.ec			3360574
		CELULAR	0980685078

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.