

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ORGANIZACION COMERCIAL GONZALEZ ARIAS SOCIEDAD ANONIMA		1790670872001	45146
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
KENNEDY		BARRIO	CALLE
		KENNEDY	VICTOR MIDEROS
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	PARROQUIA
LOS PINOS			KENNEDY
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	NÚMERO
BCO DE GUAYAQUIL			N53-183
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
cerca al parque			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2409279
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
csalazar2504@gmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0999722072
SITIO WEB		FAX	

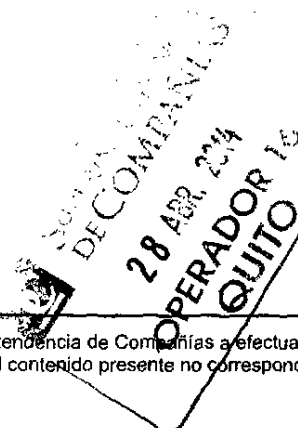
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALAZAR TOSCANO CARLOS ALFONSO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1702168590
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	LIQUIDADOR PRINCIPAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	23/11/12 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CHAUPICRUZ
CIUDADELA		BARRIO	kennedy
CALLE	Victor Mideros	NÚMERO	N53-183
INTERSECCIÓN/MANZANA	Los Pinos	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	cerca al parque
CORREO ELECTRÓNICO	csalazar2504@gmail.com	TELEFONO	2409279
		CELULAR	0999722072

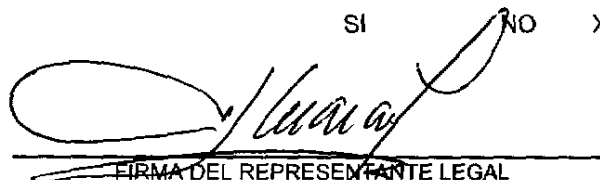
Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: SALAZAR TOSCANO CARLOS ALFONSO

Identificación 1702168590

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 13/12/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

