

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TERMAS DE PAPALLACTA S.A.		1790899543001	46241
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		NAPO	QUIJOS
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
S N			KM.65 VIA QUITO - BAEZA
INTERSECCIÓN/MANZANA		LLANURA DE BAÑOS	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	S/N		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS KM DE LA IGLESIA DE PAPALLACTA		67
CASILLERO POSTAL		CAMINO	VIA QUITO- BAEZA
CORREO ELECTRÓNICO 1	maria.cando@termaspapallacta.com	TELEFONO 1	066005587
CORREO ELECTRÓNICO 2	diego.zaldumbide@termaspapallacta.com	TELEFONO 2	066005586
SITIO WEB		CELULAR	0999942106
		FAX	062320040

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	NAPO	CANTON	QUIJOS
-----------	------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZALDUMBIDE BERBIELA DIEGO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709565491
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/4/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	NAYON
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	VICTOR MIDEROS	NÚMERO	S 19 77
INTERSECCIÓN/MANZANA	EFRAIN RECALDE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	URB. VISTA GRANDE
CORREO ELECTRÓNICO	diego.zaldumbide@termaspapallacta.com	TELEFONO	2899335
		CELULAR	0992753094

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.