

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
AMERICAN AIRLINES INC.		1791012240001	46605
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SUECIA		EL BATAN	AV. DE LOS SHYRIS
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
RENAZZO PLAZA			N35-174
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
4			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
DIAGONAL TRIBUNA SHYRIS			CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2995032
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	2995026
gioconda.velasquez@aa.com		CELULAR	0984611300
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	3332559
gioconda.velasquez@aa.com			
SITIO WEB			
www.aa.com			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	VELASQUEZ MOREIRA EBLYN GIOCONDA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712034790
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/16/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	ALANGASI
CALLE	LAS ALONDRAS	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV SAN JUAN DE DIOS	NÚMERO	OE10-228
BLOQUE	CASA E 17	CONJUNTO	RINCON ALEMAN
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	giocondavelasquez@yahoo.com	REFERENCIA UBICACIÓN	EL TINGO
		TELEFONO	2866745
		CELULAR	984611300

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

Nombre: VELASQUEZ MOREIRA EBLYN GIOCONDA
Identificación 1712034790

REPRESENTANTE LEGAL

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.