

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LIBRERIA STUDIUM CIA LTDA		1791110331001	50190
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
		BARRIO	CALLE
		AMERICA	AV. DE LA REPUBLICA
			NÚMERO
			OE3-431
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMERICA Y MANOSCA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	PLAZA MAYOR	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL CINE MARK	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2257549
CORREO ELECTRÓNICO 1	studium.contabilidad@gmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	emma.studium@gmail.com	CELULAR	099728729
SITIO WEB		FAX	3317909

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CHIRIBOGA SALAZAR EMMA LUCIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1701615070
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	19/09/13 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	IÑAQUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AGUSTIN DE AZKUNAGA	NÚMERO	Oe4-430
INTERSECCIÓN/MANZANA	Y LOS ESTANCOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR QUITO NORTE
CORREO ELECTRÓNICO	emma.studium@gmail.com	TELEFONO	2525612
		CELULAR	0999739757



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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CHIRIBOGA SALAZAR EMMA LUCIA
Identificación 1701615070

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

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

