

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
HOLIDAYS TRAVEL HOLITRAVEL CIA. LTDA.		1791335384001	53924
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
		BARRIO	CALLE
		LA MARISCAL	AV. ORELLANA
			NÚMERO
			E4-57
INTERSECCIÓN/MANZANA	9 DE OCTUBRE		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	CASA PROPIA		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	PB		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE GASOLINERA PRIMAX		CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2231170
CORREO ELECTRÓNICO 1	agilitycont@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	s_yumbla@holyltravel.net	CELULAR	0984482644
SITIO WEB	www.holidays-ecuador.travel	FAX	022501561

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	LEON VASCONEZ NORMA ELIZABETH SABINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1703037638
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	CONJUNTA	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/15/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CUMBAYA
CIUDADELA	NA	BARRIO	NA
CALLE	ORELLANA	NÚMERO	122
INTERSECCIÓN/MANZANA	9 de octubre	CONJUNTO	na
BLOQUE	na	EDIFICIO/C.C.	Casa amarilla con verde
NÚMERO DE OFICINA	pb	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	frente gasolinera Primax
CORREO ELECTRÓNICO	eleon@holyltravel.net	TELEFONO	022231170
		CELULAR	0999194745

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.