

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
TECHNOFUTURE S.A.		1791343174001	85142
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		COMITÉ DEL PUEBLO NO.1	MANUEL BARBA
			NÚMERO
			1044
INTERSECCIÓN/MANZANA	JOAQUIN PAREJA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	casa	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS CENTRO DE SALUD NO.9	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022481634
CORREO ELECTRÓNICO 1	sanacurio@elipe.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mauquilla@elipe.com.ec	CELULAR	0998724555
SITIO WEB		FAX	022481634

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ROJAS CHANALUISA FILIBERTO WLADIMIR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709826943
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/14/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	CHAUPICRUZ	BARRIO	CHAUPICRUZ
CALLE	AV AMAZONAS	NÚMERO	4080
INTERSECCIÓN/MANZANA	UNP	CONJUNTO	PUERTA DEL SOL
BLOQUE	9	EDIFICIO/C.C.	PUERTA DEL SOL
NÚMERO DE OFICINA	9	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL REGISTRO CIVIL
CORREO ELECTRÓNICO	wrojas@elipe.com.ec	TELEFONO	022261191
		CELULAR	0999999999

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.