

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
QUITOLINDO QUITO LINDO S.A.		1791437195001	87977
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ORELLANA		GONZALEZ SUAREZ	AV. GONZALEZ SUAREZ
EDIFICIO/C.C.	HOTEL QUITO		NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA			N27-142
REFERENCIA UBICACIÓN	Frente al Edificio Delta		CONJUNTO
CASILLERO POSTAL			BLOQUE
CORREO ELECTRÓNICO 1	myriam.bautista@hotelquito.com		KM
CORREO ELECTRÓNICO 2	alexandra.bernal@hotelquito.com		CAMINO
SITIO WEB	www.hotelquito.com		TELEFONO 1
			2544600
			TELEFONO 2
			3964935
			CELULAR
			0984990595
			FAX
			2523582

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	MUÑOZ LARA WASHINGTON LEONIDAS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1703664944
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/17/14 12:00 AM	CANTON	
CIUDADELA		PARROQUIA	
CALLE	CESAR BORJA LAVAYER	BARRIO	LA RUMIÑAHUI
INTERSECCIÓN/MANZANA	GALO PLAZA	NÚMERO	
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	was.munoz@hotelquito.com	REFERENCIA UBICACIÓN	a 2 cuadras del Colegio Aeronáutico
		TELEFONO	023954900
		CELULAR	0997638354

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.