



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	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	GONZALEZ SUAREZ	AV. GONZALEZ SUAREZ	N27-142
INTERSECCIÓN/MANZANA	ORELLANA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	HOTEL QUITO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Frente al Edificio Delta	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2544600
CORREO ELECTRÓNICO 1	diego.ocampo@hotelquito.com	TELEFONO 2	3964900
CORREO ELECTRÓNICO 2	alexandra.bernal@hotelquito.com	CELULAR	0997636198
SITIO WEB	www.hotelquito.com	FAX	2523582

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CANTON	CANTON	QUITO
PICHINCHA			

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	INDIVIDUAL	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	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	LA RUMIÑAHUI
CALLE	CESAR BORJA LAVAYER	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	GALO PLAZA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	a 2 cuadras del Colegio Aeronáutico
CORREO ELECTRÓNICO	was.munoz@hotelquito.com	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

Nombre: MUÑOZ LARA WASHINGTON LEONIDAS
Identificación 1703664944

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.