

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO FITCENTER CIA. LTDA.		1791738144001	90230	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		LA PRADERA	ALPALLANA	E6-178
INTERSECCIÓN/MANZANA	WHIMPER	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	ESPRO	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	P.B.	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A TECNISEGUROS	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2508851	
CORREO ELECTRÓNICO 1	asanchez@fitcenter.com.ec	TELEFONO 2	2508852	
CORREO ELECTRÓNICO 2	asanchez@fitcenter.com.ec	CELULAR	0984663123	
SITIO WEB		FAX	2541030	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANCHEZ COBA BELEN CATALINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711668705
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/13/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	SANTA LUCIA ALTO
CALLE	DEL ESTABLO	NÚMERO	sin numero
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE E	CONJUNTO	
BLOQUE	TORRE 1	EDIFICIO/C.C.	SITE CENTER
NÚMERO DE OFICINA	11	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	ESCUELA DE EQUITACION
CORREO ELECTRÓNICO	sanchez_mash@hotmail.com	TELEFONO	3982950
		CELULAR	0987558026

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: SANCHEZ COBA BELEN CATALINA

Identificación 1711668705

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.