

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ALLIBERT AVENTURECUADOR S.A		1791884795001	94899
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
RIO TIPUTINI		ALANGASÍ	AV. AMAZONAS
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE	OE12-132
REFERENCIA UBICACIÓN		KM	
DOS CUADRAS DEL CNT DE SAN RAFAEL		CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022869400
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
info@aventurecuador.com		CELULAR	0999217122
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX	022869400
carole@aventurecuador.com			
SITIO WEB			
www.aventurecuador.com			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	AVILA SANTAMARIA RAFAEL ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704181443
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/16/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	ALANGASI
CALLE	AV AMAZONAS	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	RIO TIPUTINI	NÚMERO	OE12-132
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	PB	EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	aventurecuador@yahoo.fr	REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS DEL CNT DE SAN RAFAEL
		TELEFONO	022869400
		CELULAR	0997676678

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.