

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SEGURIDAD INTEGRADA CYNJAR CIA. LTDA.		1792007216001	154399
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
LUGO		LA FLORESTA	MADRID
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	
LA CASTELLANA 2		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
6		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		CASILLERO POSTAL	TELEFONO 1
FRENTE AL EX GASOLINERA			22901870
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
cynjar.seguridadintegrada@gmail.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	
david_ponce09@hotmail.com		0981308423	
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	JARAMILLO VASCONEZ JOSE ARTURO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0500006333
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/13/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	GUANGOPOLO
CALLE	SOR FRANCISCA DE LAS	BARRIO	SAN CARLOS
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. CARLOS V	NÚMERO	256
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	david_ponce09@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	A UNA CUADRA DEL COMISARIATO DEL EJERCITO 022531570
		TELEFONO	
		CELULAR	0993238394

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: JARAMILLO VASCONEZ JOSE ARTURO

Identificación 0500006333

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.