

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL COMPAÑÍA DE SEGURIDAD, SISTEMAS DIGITALES Y MONITOREO SEDYM CIA. LTDA.	RUC 1091719513001	EXPEDIENTE 155395	
NOMBRE COMERCIAL SEDYM CIA. LTDA	PROVINCIA IMBABURA	CANTON OTAVALO	PARROQUIA
CIUDADELA ANGEL ESCOBAR	BARRIO	CALLE HIERBA LUISA	NÚMERO SN
INTERSECCIÓN/MANZANA C		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN A 150 MTS DEL CAMAL		CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	062903371
CORREO ELECTRÓNICO 1 sedymalarmas@hotmail.com		TELEFONO 2	062904288
CORREO ELECTRÓNICO 2 operaciones@sedym.com.ec		CELULAR	0999921725
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	IMBABURA	CANTON	OTAVALO
------------------	----------	---------------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CADENA CARVAJAL ROBERT FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1002038204
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	IMBABURA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/28/12 12:00 AM	CANTON	IBARRA
		PARROQUIA	IBARRA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	BORRERO	NÚMERO	2-58
INTERSECCIÓN/MANZANA	MALDONADO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	REDONDEL DE LOS
CORREO ELECTRÓNICO villarreal.marycruz@hotmail.es		TELEFONO	062923845
		CELULAR	0984006623

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.