

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS**
**INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA**

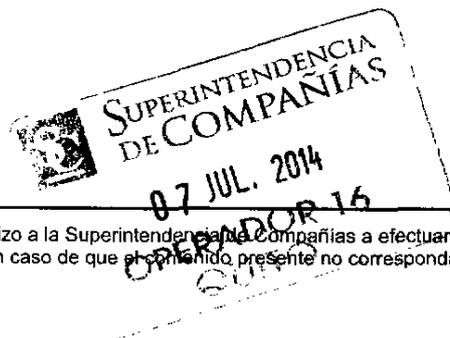
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
GESCOM GESTION CONFIDENCIAL S.A.		1792035503001	155687	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
GESCOM S.A.		PICHINCHA	QUITO	IÑAQUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
EL INCA		EL INCA	ALAMOS	E9-37
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO		
CARLOS ALVARADO				
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
HERRERA				
NÚMERO DE OFICINA		KM		
3				
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
COLEGIO LOS SHYRIS				
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023263241	
		TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0984013611	
pherrera@gescom.ec		FAX	023263241	
CORREO ELECTRÓNICO 2				
calvarez@gescom.ec				
SITIO WEB				

**IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL**

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

**INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TRUJILLO MADRID SILVIA PAOLA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1714756077
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NÓMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/04/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	IÑAQUITO
CIUDADELA	BARRIO		
		NÚMERO	E9-37
CALLE	ALAMOS	CONJUNTO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	CARLOS ALVARADO	EDIFICIO/C.C.	HERRERA
BLOQUE			
NÚMERO DE OFICINA	3	KM	
CAMINO	REFERENCIA UBICACIÓN COLEGIO LOS SHIRYS		
CORREO ELECTRÓNICO	calvarez@gescom.ec	TELEFONO	023263241
		CELULAR	0984013611



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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



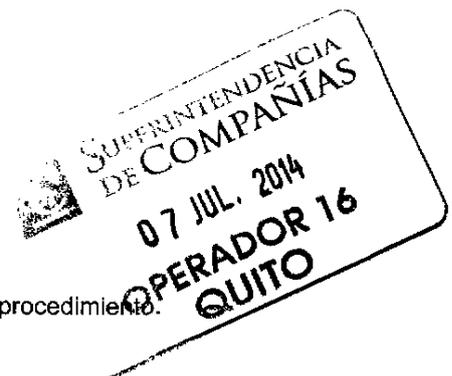
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: TRUJILLO MADRID SILVIA PAOLA

Identificación 1714756077

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones



En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.