

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
PERFORACIONES ANDES DRILL S.A.		1792107695001	158867	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	CHAUPICRUZ
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
VILLALENGUA		ÑAQUITO	AV. 10 DE AGOSTO	N37-232
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
COMINESA		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
3		CAMINO		
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1		
FRENTE A LAVCA		2278612		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 1		0993167592		
mercy.a.salazar@gmail.com		CELULAR		
CORREO ELECTRÓNICO 2		FAX		
msalazar@curimining.com				
SITIO WEB				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

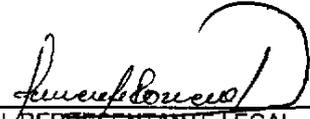
TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALAZAR MERCI ASTRIDD		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1102078621
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/01/13 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	CHAUPICRUZ
CALLE	10 DE AGOSTO	BARRIO	ÑAQUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA	VILLALENGUA	NÚMERO	N37-232
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	3	EDIFICIO/C.C.	COMINESA
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mercy.a.salazar@gmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LAVCA
		TELEFONO	22278612
		CELULAR	0993167592

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: SALAZAR MERCI ASTRIDD

Identificación 1102078621

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 21/12/2012

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