

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
PUNTALCONSULT S.A.	1792194288001	162451
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
		AV. AMAZONAS
INTERSECCIÓN/MANZANA	IÑAQUITO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	TORRE DE MARFIL OF. 505	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	505	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL CENTRO DE EXPOSICIONES QUITO	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	adrylu_28@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	asandoval@puntalconsult.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX

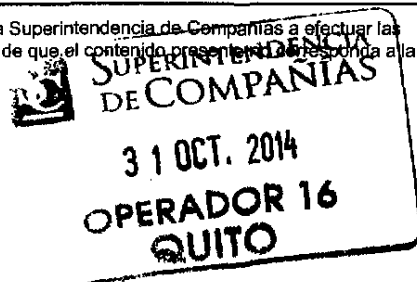
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

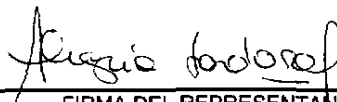
TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANDOVAL TERAN ALEGRIA DE LAS NIEVES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707738066
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/10/14 0:00	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	IÑAQUITO
CALLE	AV. AMAZONAS	BARRIO	IÑAQUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA	IÑAQUITO	NÚMERO	N34-159
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	505	EDIFICIO/C.C.	TORRE DE MARFIL
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	asandoval@puntalconsult.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL CENTRO DE EXPOSICIONES QUITO
		TELEFONO	2433797
		CELULAR	0998546566

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 presentado no responda 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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

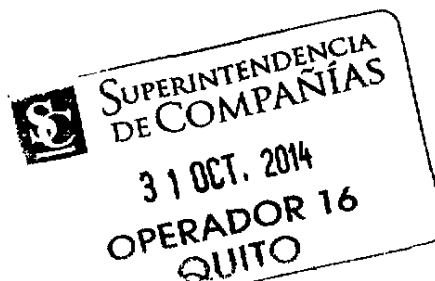


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: SANDOVAL TERAN ALEGRIA DE LAS NIEVES
Identificación 1707738066

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: