

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
EQUIECUA ANALYTICS SERVICES OF RISK S.A.		1792410991001	166263
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
ABRAHAM LINCOLN			AV. 12 DE OCTUBRE
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
TORRE 1492			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
903			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			TELEFONO 1
FRENTE AL CLUB LA UNION			022986001
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 2
			022986001
CORREO ELECTRÓNICO 1			CELULAR
elizabeth.vargas@equifax.com			0997520009
CORREO ELECTRÓNICO 2			FAX
elizabeth.vargas@equifax.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	PEREIRA RAMOS AMILCAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	No. DE IDENTIFICACIÓN	FB999796
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	BRASIL
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/5/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	NA	BARRIO	NA
CALLE	AV. 12 DE OCTUBRE	NÚMERO	NA
INTERSECCIÓN/MANZANA	ABRAHAN LINCOLN	CONJUNTO	NA
BLOQUE	NA	EDIFICIO/C.C.	TORRE 1492
NÚMERO DE OFICINA	903	KM	903
CAMINO	NA	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL CLUB LA UNION
CORREO ELECTRÓNICO	crisrina.salazar@equifax.com	TELEFONO	022469200
		CELULAR	0995028121

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.