

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

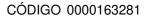
				== :0:0:: = = = = = = = = = = = = = = =	
INFORMACIÓN DE LA COMF	PAÑÍA				
RAZÓN O DENOMINACIÓN S		RUC		EXPEDIENTE	
GETNORTH SISTEMAS INTEGRADOS C	ÍA. LTDA.		1792448301001	1	171006
NOMBRE COMERCIAL			PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
			PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA			BARRIO	CALLE	NÚMERO
			RUMIPAMBA	AV. SAN GABRIEL	OE6-186
INTERSECCIÓN/MANZANA	ARIAS D	E UGARTE		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.				BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	РВ			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS C	UADRAS DEL HO	OSPITAL METRO	POLITANO CAMINO	
CASILLERO POSTAL				TELEFONO 1	022255565
CORREO ELECTRÓNICO 1	carlosfed	ericojurado@gma	il.com	TELEFONO 2	022267102
CORREO ELECTRÓNICO 2	ruben_ptt	1@hotmail.com		CELULAR	0984305657
SITIO WEB				FAX	
IDENTIFICACIÓN DEL DOMI	CILIO LE	GAL			
PROVINCIA PICHINCHA				CANTON	QUITO
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	DEL RE	EPRESENTAN	ITE LEGAL O	APODERADO	
TIPO DE PERSONA		PERSONA NATI	URAL		
APELLIDOS Y NOMBRES			IGUEZ CARLOS	FEDERICO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA		No. DE IDENTIFICACIÓN	1709172769
TIPO DE REPRESENTACIÓN	TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL INDIVIDUAL			NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE GENER	RAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL	FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL 7/4/13 12:00 AN		4	CANTON	QUITO
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		7/4/10 12:00 AW		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA				BARRIO	
CALLE		AV. SAN GABRI	EL	NÚMERO	oe6-186
INTERSECCIÓN/MANZANA		ARIAS DE UGAF	RTE	CONJUNTO	
BLOQUE				EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA				KM	
CAMINO				REFERENCIA UBICACIÓ	ON ATRAS DEL HOSPITAL METROPOLITANO
CORREO ELECTRÓNICO elohimafs@hotm			nail.com	TELEFONO	2255565

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.

**CELULAR** 

0996604750







## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA								
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	Χ					
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	Χ					
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	Х					

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.