



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

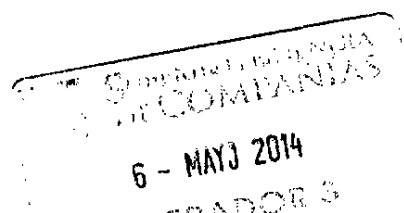
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
SIGMA INDUSTRIAL EQUIPMENT INDUSTRIA COMPAÑIA ANONIMA	1792456495001	172210
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	LA MARISCAL	AV. CRISTOBAL COLON
INTERSECCIÓN/MANZANA	CONJUNTO	NÚMERO
AV. REINA VICTORIA		E25-33
EDIFICIO/C.C.	BLOQUE	
BANCO DE GUAYAQUIL		
NÚMERO DE OFICINA	KM	
1408A		
REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO	
DIAGONAL AL MINISTERIO DE CULTURA		
CASILLERO POSTAL	TELEFONO 1	022500021
CORREO ELECTRÓNICO 1	TELEFONO 2	23332399
dginestra@sigmaequip.com		
CORREO ELECTRÓNICO 2	CELULAR	0995421052
SITIO WEB	FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL	No. DE IDENTIFICACIÓN	061945397
APELLIDOS Y NOMBRES	SOLARTE RAMIREZ HECTOR HOMERO	NACIONALIDAD	VENEZUELA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PASAPORTE	PROVINCIA	PICHINCHA
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	CANTON	QUITO
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PARROQUIA	EL BATAN
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	22/08/13 12:00 AM	BARRIO	
CIUDADELA		NÚMERO	37-34
CALLE	Av. Eloy Alfaro	CONJUNTO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	Calle Jose Correa	EDIFICIO/C.C.	Appenzell
BLOQUE		KM	
NÚMERO DE OFICINA		REFERENCIA UBICACIÓN	diagonal hotel stanford
CAMINO		TELEFONO	2 333 2399
CORREO ELECTRÓNICO	hector.solarte@hotmail.com	CELULAR	0995421052



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

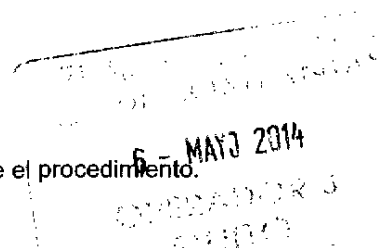
Nombre: SOLARTE RAMIREZ HECTOR HOMERO

Identificación: 061945397

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.



6 - MAYO 2014
COORDINADOR J