

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

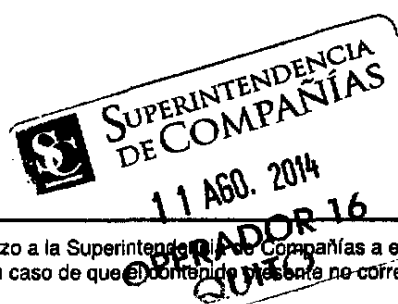
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
SOLUCIONES INTEGRALES ECUADOR S.A. SOLUCINTEGRA	1792468272001	173735
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	LA CAROLINA	Av. Shyris
INTERSECCIÓN/MANZANA	CONJUNTO	PARROQUIA
AV. eloy alfaro		EL BATAN
EDIFICIO/C.C.	BLOQUE	NÚMERO
Parque Central		n32-218
NÚMERO DE OFICINA	KM	
505		
REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO	
frente al parque la carolina		
CASILLERO POSTAL	TELEFONO 1	025149520
	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 1	CELULAR	0995000046
munozromann@gmail.com	FAX	
CORREO ELECTRÓNICO 2		
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	FALLA MORALES JAIME		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	Nº. DE IDENTIFICACIÓN	1754913786
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	COLOMBIA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/03/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	EL BATAN
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	shyris	NÚMERO	n32- 218
INTERSECCIÓN/MANZANA	eloy alfaro	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	Parque Central
NÚMERO DE OFICINA	505	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	frente parque la carolina
CORREO ELECTRÓNICO	munozromann@gmail.com	TELEFONO	025121133
		CELULAR	0999061473



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 de esta 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: FALLA MORALES JAIME

Identificación 1754913786

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.

