



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
ANDESEG ANDES SEGURIDAD CIA. LTDA	0691711110001	37655
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	PARROQUIA
ANDESEG ANDES SEGURIDAD CIA. LTDA.	CHIMBORAZO	LIZARZABURU
CIUDADELA	BARRIO	NÚMERO
	BRASIL	22-22
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. DANIEL LEÓN BORJA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO CÓRDOVA OF. 203	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	203	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA CLINICA CIROI	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	devictoriav@yahoo.es	032950020
CORREO ELECTRÓNICO 2	andeseg12@hotmail.com	TELEFONO 2
SITIO WEB		CELULAR
		0997069427
		FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CHIMBORAZO	CANTON	RIOBAMBA
-----------	------------	--------	----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	BADILLO CONDE SILVIA IVONNE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601537293
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	CHIMBORAZO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/02/08 12:00 AM	CANTON	RIOBAMBA
		PARROQUIA	VELASCO
CIUDADELA		BARRIO	SAN ANTONIO
CALLE	UNICA	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	A	CONJUNTO	SECTOR LAS ABRAS
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO	VIA A GUANO	REFERENCIA UBICACIÓN	A 300 MTS DEL COLEGIO DESPERTAR
CORREO ELECTRÓNICO	andeseg12@hotmail.com	TELEFONO	032364007
		CELULAR	0997069427



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	X	NO
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI		NO X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO X

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: BADILLO CONDE SILVIA IVONNE

Identificación 0601537293

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 16/11/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

