

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
ANALYTICA ADVISORS ASESORIA S.A.	1792256054001	60554
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
LA FLORESTA	LA FLORESTA	AV. 12 DE OCTUBRE
INTERSECCIÓN/MANZANA	CONJUNTO	PARROQUIA
EDIFICIO/C.C.		ITCHIMBIA
NÚMERO DE OFICINA	BLOQUE	NÚMERO
1505	KM	N24-562
REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO	
JUNTO AL SWISSOTEL		
CASILLERO POSTAL	TELEFONO 1	022226640
CORREO ELECTRÓNICO 1	TELEFONO 2	022226640
d.salazar@analytica.ec	CELULAR	0995406302
CORREO ELECTRÓNICO 2	FAX	2227015
SITIO WEB		

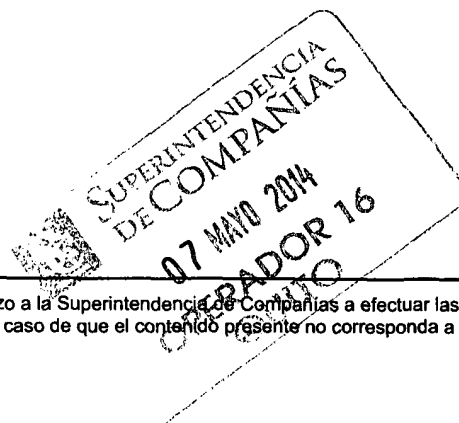
IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PROAÑO JARAMILLO CARLOS ANDRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708216450
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	01/11/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	TUMBACO
CIUDADELA	URBANIZACION LA VIÑA	BARRIO	URBANIZACION LA VIÑA
CALLE	CAMINO DEL BOSQUE	NÚMERO	5
INTERSECCIÓN/MANZANA	LOS ARUPOS	CONJUNTO	BOHEMIA
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CONJUNTO BOHEMIA
CORREO ELECTRÓNICO	d.salazar@analytica.ec	TELEFONO	022226640
		CELULAR	0999689280

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**

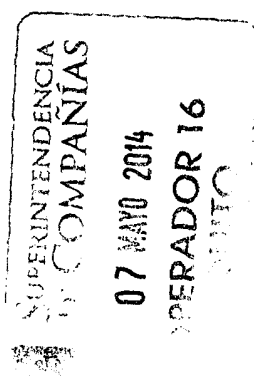
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: PROAÑO JARAMILLO CARLOS ANDRES

Identificación 1708216450



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.