



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
SEGURIDAD PRIVADA SEGURCITIES CIA. LTDA.	1791404068001	86435	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	IÑAQUITO	CAMILO DESTRUGE	174
INTERSECCIÓN/MANZANA	AVDA COLON	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	SAINT GEORGE	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	2 A	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	hosp Baca ortiz	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3230597
CORREO ELECTRÓNICO 1	maridocal3@yahoo.com	TELEFONO 2	3250597
CORREO ELECTRÓNICO 2	fcardenash@yahoo.com	CELULAR	0999812350
SITIO WEB	www.segurcities.com	FAX	3230597

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CARDENAS CALDERON ANDREA CAROLINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712199395
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/8/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	ZAMBIZA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	DE LOS OLIVOS	NÚMERO	E 16-280
INTERSECCIÓN/MANZANA	9 DE JULIO	CONJUNTO	BOSQUES DE SAN ISIDRO 2
BLOQUE	CASA 3	EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	SAN ISIDRO DEL INCA
CORREO ELECTRÓNICO	carolina.cardenas21@yahoo.es	TELEFONO	3230597
		CELULAR	0992988843

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.



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

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.