

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
SEGAPRO SERVICIO GARANTIZADO DE PROTECCION CIA. LTDA.	1791765796001	90445	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
TUMBACO	SAN BLAS	GONZALO PIZARRO	N4-406
INTERSECCIÓN/MANZANA	ELOY ALFARO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	casa	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DE LA CICLOVIA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2370173
CORREO ELECTRÓNICO 1	gerencia@segapro.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	inteligencia@segapro.ec	CELULAR	0984303258
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOBRONSKY NAVARRO JULIO CESAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1702798057
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	LIQUIDADOR	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/20/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	PONCEANO
CIUDADELA	Marisol	BARRIO	Ponceano Alto
CALLE	OE 3 D	NÚMERO	123
INTERSECCIÓN/MANZANA	FRANCISCO DALMAU	CONJUNTO	Marisol
BLOQUE	C	EDIFICIO/C.C.	PALERMO 2
NÚMERO DE OFICINA	1	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PONCIANO ALTO
CORREO ELECTRÓNICO	dobronskyasociados@gmail.com	TELEFONO	023465402
		CELULAR	0997548755

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.