

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
OPEN MIND S.A		1791871324001	94351
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		GONZALEZ SUAREZ	MUROS
			NÚMERO
			N27-95
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. GONZALEZ SUAREZ	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	NEWCORP	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	21	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	UNA CUADRA AL SUR DEL HOTEL QUITO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	026002666
CORREO ELECTRÓNICO 1	info@ofidesaconsultores.com	TELEFONO 2	026002666
CORREO ELECTRÓNICO 2	eburgos@arquitech.com.ec	CELULAR	0994001541
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	RUIZ FUENTES ALEJANDRA ANDREA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1715555148
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	CHILE
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/21/12 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	GONZALEZ SUAREZ
CALLE	MUROS	NÚMERO	N27-95
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. GONZALEZ SUAREZ	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	NEWCORP
NÚMERO DE OFICINA	21	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	UNA CUADRA AL SUR DEL HOTEL QUITO
CORREO ELECTRÓNICO	aruiz@openmindtms.com	TELEFONO	026020234
		CELULAR	0992029603

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	X	NO	
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.