

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
AFISYSTEMS S.A.S.	1391932036001	329955
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	MANABI	TOSAGUA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
LOS CHOFERES		BOLIVAR
INTERSECCIÓN/MANZANA	HORACIO HIDROBO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DAIGONAL AL HOSIPTAL BASICO TOSAGUA	CAMINO
CASILLERO POSTAL	131204	TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	veronicamendozac@hotmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	ntuma@afifsystems.com	CELULAR
SITIO WEB	https://afifsystems.com/	FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	TOSAGUA
-----------	--------	--------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TUMA ZAMBRANO NASHLA CAROLINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1350806749
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/22/21 12:00 AM	CANTON	TOSAGUA
		PARROQUIA	TOSAGUA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	BOLIVAR	NÚMERO	158
INTERSECCIÓN/MANZANA	HORACIO HIDROBO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOSPITAL BASICO TOSAGA
CORREO ELECTRÓNICO	ntuma@azzinet.com	TELEFONO	056000601
		CELULAR	0981719704

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
ES EMPRESA FAMILIAR	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.