

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GEOVIAL CONSULTORES NACIONALES C LTDA		1790218449001	12524
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SUECIA		LA CAROLINA	SHYRIS
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	
ALLURE PARK		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
6A			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
UNA CUADRA AL SUR DEL QUICENTRO SHOPPING		TELEFONO 1	023956009
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0984587399
geovial@uio.satnet.net		FAX	022269310
CORREO ELECTRÓNICO 2			
geovialcialtda@gmail.com			
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	CASTRO MAFLA FIDEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1713272266
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/18/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	MIRAFLORES	PARROQUIA	QUITO
CALLE	ASUNCION	BARRIO	MIRAFLORES
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMERICA	NÚMERO	OE3-121
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	4A	EDIFICIO/C.C.	CAJIAO
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	fidelkm77@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN
		TELEFONO	022527836
		CELULAR	0984587399

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 SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.