

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMPAÑÍA DE CARGA DEL VALLE COVALFREI S.A.		1792376548001	138249
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA PASAJE 1		BARRIO	CALLE
EDIFICIO/C.C.		CHILLOGALLO (EL BEATERIO)	PASAJE OE4R
NÚMERO DE OFICINA P/B		CONJUNTO	NÚMERO
REFERENCIA UBICACIÓN CHILLOGALLO EL BEATERIO		BLOQUE	S30-141
CASILLERO POSTAL		KM	
CORREO ELECTRÓNICO 1 patriciogomez@hispavista.com		CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 2 covalfrei@hotmail.com		TELEFONO 1	022073913
SITIO WEB		TELEFONO 2	022073913
		CELULAR	0994894914
		FAX	2541282

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CABEZAS SALAZAR HERNAN MARCELINO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705504767
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/24/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	UNIVERSITARIA	PARROQUIA	SAN RAFAEL
CALLE	PASAJE OE4R	BARRIO	CHILLOGALLO (EL BEATERIO)
INTERSECCIÓN/MANZANA	PASAJE 1	NÚMERO	OR4R
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	patriciogomez1961@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	EL BEATERIO
		TELEFONO	022073913
		CELULAR	099001322

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.