

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COMERCIALIZADORA DE ALIMENTOS CODEAL S.A.		1792384532001	148209
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			AV. JUAN DE ASCARAY
			NÚMERO
			N43-87
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMAZONAS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EDIFICIO PLAZA DE TOROS QUITO	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PISO2	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A LA PLAZA DE TOROS QUITO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3944640
CORREO ELECTRÓNICO 1	mriviera@ridaca.com	TELEFONO 2	3944640
CORREO ELECTRÓNICO 2	contador@mayflower.com.ec	CELULAR	0999631911
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	ARMAS MEDINA DIEGO FERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1803760881
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/11/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CALACALI
CIUDADELA		BARRIO	Iñaquito
CALLE	ATAHUALPA	NÚMERO	0
INTERSECCIÓN/MANZANA	República	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	-
CAMINO	-	REFERENCIA UBICACIÓN	A dos cuadras de la clínica internacional
CORREO ELECTRÓNICO	lganan@mayflower.com.ec	TELEFONO	3944640
		CELULAR	0985547354

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.