

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
CORESA CORPORACION DE SERVICIOS ESTOMATOLOGICOS S.A		1791928091001	151469
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
SANTA PRISCA			VOZ ANDES
			NÚMERO
			S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV AMERICA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	KENZEN	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	502	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	UNA CUADRA AL NORTE DE TELEAMAZONAS	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2247231
CORREO ELECTRÓNICO 1	fdelatorre2011@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	coresacorporacion@yahoo.es	CELULAR	0984681883
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	VEJAR LAVEILLE ELSY JEANNETTE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1705156501
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/8/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	RUMIPAMBA	BARRIO	
CALLE	JORGE JUAN	NÚMERO	525
INTERSECCIÓN/MANZANA	MARIANA DE JESUS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DEL COLEGIO SAN GABRIEL
CORREO ELECTRÓNICO	jeanvejar@hotmail.com	TELEFONO	022236138
		CELULAR	0998337250

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.