

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
COVIPRI COMPAÑÍA DE VIGILANCIA INDUSTRIAL PRIVADA CIA. LTDA.	1792078296001	157487
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	PARROQUIA
COVIPRI CIA. LTDA.	PICHINCHA	SANTA PRISCA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
SANTA CLARA	SANTA PRISCA	ANTONIO MARCHENA
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. 10 DE AGOSTO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	PONCE CALERO of.101	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	1	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL PARQUE GENERAL JULIO ANDRADE	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	info@covipri.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	operaciones@covipri.com	CELULAR
SITIO WEB	www.covipri.com	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	CHUQUIRIMA MAZA NORMAN BEDA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707513477
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/30/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CAUPICHU No. 2
CALLE	LEONIDAS DUBLES	NÚMERO	E4403
INTERSECCIÓN/MANZANA	E4J	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE A LA IGLESIA DE CAUPICHU
CORREO ELECTRÓNICO	normanbeda@hotmail.com	TELEFONO	3085268
		CELULAR	0999205121

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.