

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ETHICSCONTROL S.A.		1792462290001	165737
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		Iñaquito	AV. Atahualpa
			NÚMERO
			E1-131
INTERSECCIÓN/MANZANA	Av. Amazonas	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	Centro Corporativo Atahualpa	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	604	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	Entre Amazonas y República	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	3332926
CORREO ELECTRÓNICO 1	canaldeconfianza@gmail.com	TELEFONO 2	2450558
CORREO ELECTRÓNICO 2	patricio.chavez@lapizypapel.ec	CELULAR	0984532693
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	CHAVEZ SALAZAR MARCO PATRICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1711585206
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/1/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	Ponciano Bajo	BARRIO	
CALLE	JOSE EGAS	NÚMERO	sn
INTERSECCIÓN/MANZANA	OCTAVIO CORDERO	CONJUNTO	Casa verde
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	COLEGIO EINSTEIN
CORREO ELECTRÓNICO	patricio_chavezs@hotmail.com	TELEFONO	022478592
		CELULAR	0998034896

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	X	NO	
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.