

TIPO DE PERSONA

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

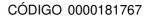
INFORMACIÓN DE LA COMF	ΡΑÑÍΑ			
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		EXPEDIENTE
COVIDALCORP CIA. LTDA.		1792464595001		172919
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		SAN JOSÉ DE JARRÍN	MALEARTE	N67-72
INTERSECCIÓN/MANZANA	BERNARDO DE LEGARD	A	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A LA VUELTA DE FERRO	CCIDENTAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	023412632
CORREO ELECTRÓNICO 1	afflores78@gmail.com		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@covidal.com		CELULAR	0980485922
SITIO WEB	www.covidal.com		FAX	
IDENTIFICACIÓN DEL DOMI	CILIO LEGAL			
PROVINCIA	PICHINCHA		CANTON	QUITO
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	DEL REPRESENTAN	ITE LEGAL O APOD	DERADO	

APELLIDOS Y NOMBRES	TABAREZ PUGA WILFRIDO RO	MAN	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704754447
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAI	_ INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL	8/27/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO	6/27/13 12.00 AW	PARROQUIA	QUITO
MERCANTIL			
CIUDADELA	LAS RETAMAS	BARRIO	CAPELO
CALLE	LOS CIPRECES	NÚMERO	n67-72
INTERSECCIÓN/MANZANA	LOS PINOS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A TRES CUADRAS DEL CENTRO COMERCIAL SAN
CORREO ELECTRÓNICO	wilfridot@covidal.com	TELEFONO	0228655005
		CELULAR	0995874629

PERSONA NATURAL

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	Χ
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	Χ

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.