

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COVIDALCORP CIA. LTDA.		1792464595001	172919
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
COVIDALCORP		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SAN JOSÉ DE JARRÍN	MALEARTE
			NÚMERO
			N67-72
INTERSECCIÓN/MANZANA	BERNARDO DE LEGARDA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A LA VUELTA DE FERROCCIDENTAL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023412632
CORREO ELECTRÓNICO 1	contabilidad@covidal.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	info@covidal.com	CELULAR	0988050835
SITIO WEB	www.covidal.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	TABAREZ PUGA WILFRIDO ROMAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704754447
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	11/16/18 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	LAS RETAMAS	BARRIO	CAPELO
CALLE	LOS CIPRECES	NÚMERO	LOTE3
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

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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI	NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.