

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
COBERTURA MÉDICA INTEGRAL "COVERMEDIN" CÍA. LTDA.	1792461944001	173028
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
	JIPIJAPA	JOSÉ VIVANCO
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISLA RÁBIDA	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	ATRÁS DE KFC DE AV. AMAZONAS Y AV. EL INCA	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
		022435382
CORREO ELECTRÓNICO 1	puntoayuda@gmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	covermedin@hotmail.com	CELULAR
		0990191401
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	SANCHEZ CISNEROS MONICA JACQUELINE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA
	No. DE IDENTIFICACIÓN
	1707877534
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL
	NACIONALIDAD
	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE
	PROVINCIA
	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/19/14 12:00 AM
	CANTON
	QUITO
	PARROQUIA
	QUITO
CIUDADELA	BARRIO
CALLE	JOSE VIVANCO
	NÚMERO
	N44-132
INTERSECCIÓN/MANZANA	ISLA RABIDA
BLOQUE	CONJUNTO
NÚMERO DE OFICINA	EDIFICIO/C.C.
CAMINO	KM
	REFERENCIA UBICACIÓN
	FRENTE AL KFC DE LA
CORREO ELECTRÓNICO	jacq200@yahoo.com
	TELEFONO
	022272499
	CELULAR
	0992365827

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

Nombre: SANCHEZ CISNEROS MONICA JACQUELINE

Identificación 1707877534

REPRESENTANTE LEGAL

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.