

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
CONSULTORACAV CONSULTORA SANITARIA Y AMBIENTAL CIA. LTDA. 0190334422001			33563	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CONSULTORA CAV		AZUAY	CUENCA	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
			NAMANGOZA	4-72
INTERSECCIÓN/MANZANA		YANAHURCO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.			BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		A 50 METROS DEL CENTRO DE SALUD UNE TOTORACCOCHA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	074090922
CORREO ELECTRÓNICO 1		cristinairc@hotmail.com	TELEFONO 2	072800072
CORREO ELECTRÓNICO 2		marianajtr@yahoo.es	CELULAR	0987974436
SITIO WEB			FAX	074090922

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA		PERSONA NATURAL	
APELLIDOS Y NOMBRES		VASQUEZ FLORES MARIO ESTUARDO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN 0102263696
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		INDIVIDUAL	NACIONALIDAD ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA		GERENTE GENERAL	PROVINCIA AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL		6/16/15 12:00 AM	CANTON CUENCA
			PARROQUIA CUENCA
CIUDADELA			BARRIO
CALLE		NAMANGOZA	NÚMERO 4-72
INTERSECCIÓN/MANZANA		YANAHURCO	CONJUNTO
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.
NÚMERO DE OFICINA			KM
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓN A 50 METROS DEL CENTRO DE SALUD
CORREO ELECTRÓNICO		mvasquez@consultoracav.com.ec	TELEFONO 074090922
			CELULAR 0984975203

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.