

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
COFACE SERVICES ECUADOR S.A.		1791729560001	89154
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
CAROLINA		BENALCAZAR	IRLANDA
INTERSECCIÓN/MANZANA		REPÚBLICA DEL SALVADOR	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		SIGLO XXI	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		PENTH	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		DIAGONAL HOTEL DANN CARLTON	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			022261531
CORREO ELECTRÓNICO 1		elena.mera@coface.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		fernando.rivadeneira@coface.com	CELULAR
SITIO WEB			0983356857
			FAX
			022262028

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SÁNCHEZ SAÁ PEDRO FRANCISCO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709737355
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/2/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	CAROLINA	BARRIO	CAROLINA
CALLE	IRLANDA	NÚMERO	E10-16
INTERSECCIÓN/MANZANA	REP. DEL SALVADOR	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	SIGLO XXI
NÚMERO DE OFICINA	PH	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL H. DANN CARLTON
CORREO ELECTRÓNICO	pedro.sanchez@coface.com	TELEFONO	022261531
		CELULAR	0990490007

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: SÁNCHEZ SAÁ PEDRO FRANCISCO

Identificación 1709737355

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.