



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

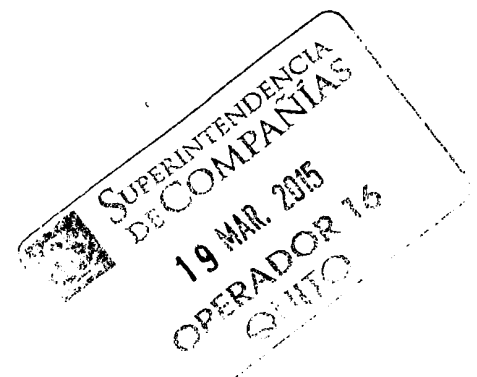
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
IBCOP CASA DE VALORES S.A.	1791985648001	153367
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
IBCOP CASA DE VALORES	PICHINCHA	QUITO
CIUADADELA	BARRIO	CALLE
	MARISCAL	AVENIDA ORELLANA
INTERSECCIÓN/MANZANA	AVENIDA AMAZONAS	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	ORELLANA 500	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	7/702	KM
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL HOTEL MARRIOTT	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	recepcion@ibcasadevalores.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	contabilidad@ibcasadevalores.com	CELULAR
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	GONZALEZ AGUIRRE LUIS ALBERTO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704734290
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE EJECUTIVO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/06/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	NAYÓN
CIUADADELA		BARRIO	
CALLE	PASAJE TACURI	NÚMERO	E1-71
INTERSECCIÓN/MANZANA	MANUELA SAENZ	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	SECTOR NAYON
CORREO ELECTRÓNICO	lagonzalez@ibcasadevalores.com	TELEFONO	2545411
		CELULAR	0999720965



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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

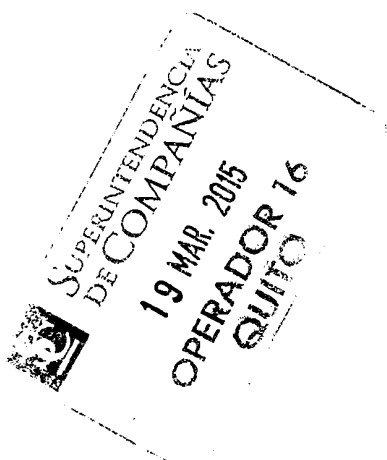
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

L. Gonzalez A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: GONZALEZ AGUIRRE LUIS ALBERTO

Identificación 1704734290



FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.