

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INSTITUTODELAVISION S.A.		1391823304001	700719
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		MANABI	PORTOVIEJO
PRIMERO DE MAYO		BARRIO	CALLE
			AV. REALES TAMARINDO SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN		CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.	PLAZA VICTORIA		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA	4		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA CAMARA DE LA CONSTRUCCION	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	052650050
CORREO ELECTRÓNICO 1	institutodelavision@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	institutolavision@gmail.com	CELULAR	0999281944
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	MANABI	CANTON	PORTOVIEJO
-----------	--------	--------	------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ALCIVAR VITERI PAOLA LASTENIA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1308182466
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	MANABI
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	1/20/17 12:00 AM	CANTON	PORTOVIEJO
		PARROQUIA	PORTOVIEJO
CIUDADELA	CALIFORNIA	BARRIO	
CALLE	EL CARMEN	NÚMERO	s/n
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE 24 DE MAYO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A LOS LADO DE LA ESCUELA 24 DE MAYO
CORREO ELECTRÓNICO	paoalcivarv@hotmail.com	TELEFONO	052934967
		CELULAR	0996762874

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: ALCIVAR VITERI PAOLA LASTENIA

Identificación 1308182466

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.