

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|-------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | EXPEDIENTE |
| INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL SIMÓN BOLÍVAR AMBATO ICPSBAMBATO C.L. | | 1891781497001 | 717839 |
| NOMBRE COMERCIAL | | PROVINCIA | CANTON |
| | | TUNGURAHUA | AMBATO |
| CIUDADELA | | BARRIO | CALLE |
| | | | ATAHUALPA |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | | CONJUNTO | NÚMERO |
| MARCOS MONTALVOS | | | SIN NUMERO |
| EDIFICIO/C.C. | CARLOS SANTANA | BLOQUE | |
| NÚMERO DE OFICINA | 3 | KM | |
| REFERENCIA UBICACIÓN | 100 METROS ANTES DEL MALL DE LOS ANDES | CAMINO | |
| CASILLERO POSTAL | | TELEFONO 1 | 032845312 |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | institutosimonbolivarecuador@gmail.com | TELEFONO 2 | |
| CORREO ELECTRÓNICO 2 | admonoriecuador@hotmail.com | CELULAR | 0939751170 |
| SITIO WEB | | FAX | |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

| | | | |
|------------------|------------|---------------|--------|
| PROVINCIA | TUNGURAHUA | CANTON | AMBATO |
|------------------|------------|---------------|--------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | MOREIRA COVA JAVIER JOSE | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | PASAPORTE | No. DE IDENTIFICACIÓN | 3050473192 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | GERENTE GENERAL | PROVINCIA | TUNGURAHUA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 5/11/18 12:00 AM | CANTON | AMBATO |
| CIUDADELA | | PARROQUIA | HUACHI GRANDE |
| CALLE | AV. ATAHUALPA | BARRIO | |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | CARLOS MONTALVO | NÚMERO | S-N |
| BLOQUE | | CONJUNTO | |
| NÚMERO DE OFICINA | | EDIFICIO/C.C. | |
| CAMINO | | KM | |
| CORREO ELECTRÓNICO | institutosimonbolivarecuador@gmail.com | REFERENCIA UBICACIÓN | 100 metros antes del Mall de los Andes |
| | il.com | TELEFONO | 032845312 |
| | | CELULAR | 0939751170 |

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

| | | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | FELIBERT CASARES WILLIAMS MANUEL | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | PASAPORTE | No. DE IDENTIFICACIÓN | 068863757 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | VENEZUELA |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | PRESIDENTE | PROVINCIA | TUNGURAHUA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 5/11/18 12:00 AM | CANTON | AMBATO |
| CIUDADELA | | PARROQUIA | HUACHI GRANDE |
| CALLE | AV. ATAHUALPA | BARRIO | |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | CARLOS MOLTALVO | NÚMERO | S-N |
| BLOQUE | | CONJUNTO | |
| NÚMERO DE OFICINA | | EDIFICIO/C.C. | |
| CAMINO | | KM | |
| CORREO ELECTRÓNICO | institutosimonbolivarecuador@gmail.com | REFERENCIA UBICACIÓN | 100 metros antes del Mall de los Andes |
| | | TELEFONO | 032845312 |
| | | CELULAR | 0939751170 |

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 |
| ES EMPRESA FAMILIAR | SI | NO | X |
| ¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO? | SI | NO | X |

Nombre: MOREIRA COVA JAVIER JOSE

Identificación 3050473192

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.