

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
HOTEL CASINO ZARACAY CIA LTDA	1780255107001	13025
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
	SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	SANTO DOMINGO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
CHIGUILPE	SN	AV. QUITO KM 1,1/2
INTERSECCIÓN/MANZANA	CONJUNTO	NÚMERO
LOS NARANJO	SN	SN
EDIFICIO/C.C.	BLOQUE	SN
SN	SN	SN
NÚMERO DE OFICINA	KM	1
SN	SN	SN
REFERENCIA UBICACIÓN	CAMINO	SN
FRENTE AL CENTRO DE CONVENCIONES	SN	SN
CASILLERO POSTAL	TELEFONO 1	2750316
SN	TELEFONO 2	2751023
CORREO ELECTRÓNICO 1	CELULAR	0980070070
hotelzaracay@hotmail.com	FAX	098180100
CORREO ELECTRÓNICO 2		
marcelo_acost57@hotmail.com		
SITIO WEB		
www.hotelzaracay.com		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	SANTO DOMINGO DE LOS	CANTON	SANTO DOMINGO
------------------	-----------------------------	---------------	----------------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL
APELLIDOS Y NOMBRES	TORRES GARCIA MILTON GUSTAVO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/12/11 0:00
CIUDADELA	sn
CALLE	av quito
INTERSECCIÓN/MANZANA	los naranjos
BLOQUE	sn
NÚMERO DE OFICINA	sn
CAMINO	sn
CORREO ELECTRÓNICO	marjoripesantezp3@hotmail.com
No. DE IDENTIFICACIÓN	1100058849
NACIONALIDAD	ECUADOR
PROVINCIA	SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS
CANTON	SANTO DOMINGO
PARROQUIA	CHIGUILPE
BARRIO	sn
NÚMERO	sn
CONJUNTO	sn
EDIFICIO/C.C.	sn
KM	1
REFERENCIA UBICACIÓN	frente al centro de convenciones
TELEFONO	022751023
CELULAR	0980070070



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

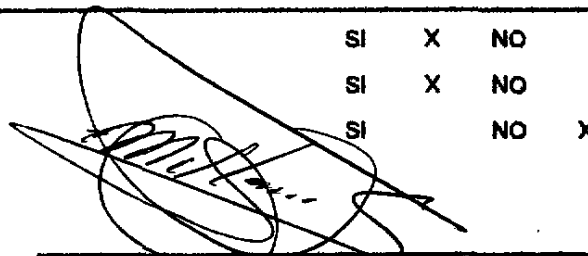
SI X NO

COMPAÑÍA VENDE A CREDITO

SI X NO

OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS

SI NO X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: TORRES GARCIA MILTON GUSTAVO

Identificación 1100058849

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.