



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
ASSOCPRINT CIA. LTDA.	0992577991001	131776	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ASSOCPRINT	GUAYAS	GUAYAQUIL	OLMEDO (SAN ALEJO)
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		BRASIL	909
INTERSECCIÓN/MANZANA	LORENZO DE GARAICOA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL RESTAURANT GOOD TIMES	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2410470
CORREO ELECTRÓNICO 1	dcrespinmunoz@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	mr_dual@hotmail.com	CELULAR	0994183498
SITIO WEB		FAX	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
------------------	--------	---------------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PITA CEPEDA SRIEL ABRAHAM		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0919641910
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/08/08 0:00	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA		PARROQUIA	OLMEDO (SAN ALEJO)
CALLE	BRASIL	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	LORENZO DE GARAYCOA	NÚMERO	909
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mr_dual@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL RESTAURANT GOOD TIMES 042470470
		TELEFONO	
		CELULAR	

DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO
INTENDENCIA DE COMPAÑÍAS DE GUAYAQUIL

23 MAR 2015

R E C I B I D O

Hora: 11:00 Firma: *[Signature]*



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	
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: PITA CEPEDA SRIEL ABRAHAM

Identificación 0919641910

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA



NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 21/12/2012

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