

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
AGENCIA DE VIAJES ROSETUR CIA. LTDA.	0790093917001	39265	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
ROSETUR	EL ORO	MACHALA	MACHALA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		BOLIVAR	S.N.
INTERSECCIÓN/MANZANA	ENTRE GUAYAS Y AYACUCHO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	REGAL HOTEL	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	P.B.	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A COOPERATIVA CIFA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	960001
CORREO ELECTRÓNICO 1	fabiomir_62@hotmail.com	TELEFONO 2	936445
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0980499310
SITIO WEB		FAX	962788

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	EL ORO	CANTON	MACHALA
------------------	--------	---------------	---------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O OPODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
NOMBRES Y APELLIDOS	FEIJOO GALLARDO WILSON ALFONSO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0702263062
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	EL ORO
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	20/08/12 0:00	CANTON	MACHALA
		PARROQUIA	MACHALA
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	SAUCES	NÚMERO	509
INTERSECCIÓN/MANZANA	E/. 4TA. Y 5TA. ESTE	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	P.B.	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A MECANICA AUTOMOTRIZ
CORREO ELECTRÓNICO	rosetur.wfeijo@gglobal.com	TELEFONO	2981817
		CELULAR	0990867821



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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: FELICO GALLARDO WILSON ALFONSO
Identificación 0702263062

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 16/11/2012

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

