

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
HACIENDA TURISTICA "EL ROSAS" HATURO CIA.LTDA.	1091768255001	717015
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON
SD	IMBABURA	IBARRA
CIUDADELA	BARRIO	CALLE
NUEVO HOGAR	NUEVO HOGAR	AV. CRISTÓBAL DE
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. FRAY VACAS GALINDO	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		KM
REFERENCIA UBICACIÓN	ZONA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1	haturu.isaias411013@gmail.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	msalomesalasv@gmail.com	CELULAR
SITIO WEB		FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	IMBABURA	CANTON	IBARRA
-----------	----------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALAS VASQUEZ MARIA SALOME		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1002850046
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	IMBABURA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/12/18 12:00 AM	CANTON	IBARRA
		PARROQUIA	IBARRA
CIUDADELA	nuevo hogar	BARRIO	Nuevo Hogar
CALLE	AV. CRISTOBAL DE TROYA	NÚMERO	9-127
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. FRAY VACAS GALINDO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DOS CUADRAS HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
CORREO ELECTRÓNICO	msalomesalasv@gmail.com	TELEFONO	062955181
		CELULAR	0996311648

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

Nombre: SALAS VASQUEZ MARIA SALOME

Identificación 1002850046

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.