

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
DREAMY ROSES DREAMROS CIA. LTDA		0190345637001	95169	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		AZUAY	CUENCA	SAN BLAS
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
GASPAR SANGURIMA		9 DE OCTUBRE	MARIANO CUEVA	11-86
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
MALDONADO		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
3ER		CAMINO		
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	2835218	
FRENTE MERCADO 9 DE OCTUBRE		TELEFONO 2	2841154	
CASILLERO POSTAL		CELULAR	0894986448	
CORREO ELECTRÓNICO 1		FAX	2835218	
dreamyroses@dreamyroses.com				
CORREO ELECTRÓNICO 2				
etapia78@hotmail.com				
SITIO WEB				
www.dreamyroses.com				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	GUILLEN MALDONADO MARIA SUSANA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0101021947
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	14/03/14 0:00	CANTON	CUENCA
CIUDADELA		PARROQUIA	MULTI
CALLE	VIA A CHALLUABAMBA	BARRIO	ALPAYACU
INTERSECCIÓN/MANZANA	VIA A CHALLUABAMBA	NÚMERO	S-N
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	2.5
CORREO ELECTRÓNICO	susigm2002@yahoo.com	REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A IGLESIA DE
		TELEFONO	074035497
		CELULAR	0999411415



25 ABR 2014

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
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGALNombre: GUILLEN MALDONADO MARIA SUSANA
Identificación 0101021947

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.