

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
HUMANPHARMA S.A.		0992596236001	133081
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SN			AV. DEL BOMBERO KM.6,5 VIA A LA COSTA
EDIFICIO/C.C.	CONDOMINIO CEIBOS CENTER DOS		NÚMERO
NÚMERO DE OFICINA	404		404
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A GASOLINERA MOBIL		CONJUNTO
CASILLERO POSTAL			BLOQUE
CORREO ELECTRÓNICO 1	jessi10205@hotmail.com		KM
CORREO ELECTRÓNICO 2	sylvia@humanlogistics.us		CAMINO
SITIO WEB			TELEFONO 1
			045105578
			TELEFONO 2
			CELULAR
			0993007292
			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	ARTEAGA HERNANDEZ JOSE EDUARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0909017758
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	2/12/14 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
CIUDADELA	LAS CUMBRES DE LOS CEIBOS	PARROQUIA	GUAYAQUIL
CALLE	SN	BARRIO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZNA 801	NÚMERO	702B
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	VIZCAYA GARDENS
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	jarteaga@humanlogistics.us	REFERENCIA UBICACIÓN	ATRAS DE PLAZA CEIBOS
		TELEFONO	046019857
		CELULAR	0993653047

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

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.