

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
PRODUCTOS ECUATORIANOS FARMACEUTICOS S.A. PRODE-FARM	0992643579001	135962	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	GUAYAS	GUAYAQUIL	
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		AV. JUAN TANCA MARENGO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. JOAQUIN ORRANTIA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	EQUILIBRIUM PISO 2	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	214	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO A PLAZA SOL	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	060377380
CORREO ELECTRÓNICO 1	jorialbi@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	orofarm@hotmail.com	CELULAR	0997687300
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	CAMPOVERDE CASTRO CHIARA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0703374546
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/11/09 0:00	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	CHONGÓN
CIUDADELA	URB. VIA AL SOL	BARRIO	
CALLE	VIA A LA COSTA	NÚMERO	KM 14
INTERSECCIÓN/MANZANA	SN	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	14
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	JUNTO AL JARDIN JARDINERITOS
CORREO ELECTRÓNICO	OROFARM@HOTMAIL.COM	TELEFONO	0460373380
		CELULAR	0997687300



[Handwritten Signature]
0703374546

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: CAMPOVERDE CASTRO CHIARA
Identificación 0703374546

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 13/12/2012



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