

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DIAGNOFARM S.A.		1792121345001	159281
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SAN SALVADOR		LA PRADERA	PRADERA
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
ECOMEDICA		BLOQUE	SN
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		TRAS DEL EDIFICIO MOVISTAR	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		gerencia@diagnofarm.com	022815713
CORREO ELECTRÓNICO 2		juan.cango@contadores.com.ec	TELEFONO 2
SITIO WEB		www.diagnofarm.com	CELULAR
			0983511552
			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	JARRIN RODRIGUEZ MARIA ALEXANDRA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707918122
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/21/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	AV. EUGENIO ESPEJO	PARROQUIA	NAYON
CALLE	VIA A NAYON	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	URB VILLAS DEL PUENTE	NÚMERO	sn
BLOQUE		CONJUNTO	URB. VILLAS DEL PUENTE
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@diagnofarm.com	REFERENCIA UBICACIÓN	URBANIZACION VILLAS DEL PUENTE
		TELEFONO	023815713
		CELULAR	0999610749

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.