

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA VACUNAS VACUNAMED S.A.		1792217431001	163427
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
SAN FRANCISCO		QUITO TENIS I	AV. AMERICA
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO	NÚMERO
DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		PB	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		A DOS CUADRAS DE TELEAMAZONAS/JUNTO A SE	CAMINO
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022256918
CORREO ELECTRÓNICO 1		vacunasdf@yahoo.es	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		contabilidad@vacunamed.com	02444938
SITIO WEB		CELULAR	0999569172
		FAX	090756667

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	URQUIZO ANDA ELIA LUZ DEL ALBA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0601005408
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/19/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	EL CONDADO
CALLE	CALLE G 1	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE B	NÚMERO	1
BLOQUE		CONJUNTO	URBANIZACION EL CONDADO
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@vacunamed.com	REFERENCIA UBICACIÓN	EL CONDADO
		TELEFONO	2490707
		CELULAR	0999569172

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

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 26/11/2012

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