

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
FARMAINSIGHTS INTERNATIONAL S.A.		1792422116001	166293
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		S/N	MARTIN DE UTRERAS
INTERSECCIÓN/MANZANA		NÚMERO	
SAN GABRIEL		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
1		CAMINO	
REFERENCIA UBICACIÓN		TELEFONO 1	
A UNA CUADRA DE FARMACIAS MEDICITY		0997342463	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 1		099734246	
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	
conypazm@hotmail.com		0987363184	
SITIO WEB		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		SALAZAR SUAREZ ROSARIO ELIZABETH	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE IDENTIFICACIÓN	1708392160
CEDULA		NACIONALIDAD	ECUADOR
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL		PROVINCIA	PICHINCHA
INDIVIDUAL		CANTON	QUITO
CARGO QUE DESEMPEÑA		PARROQUIA	QUITO
GERENTE		rumipamba	
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL		NÚMERO	
NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO		n21	
MERCANTIL		CONJUNTO	
CIUDADELA		EDIFICIO/C.C.	
san gabriel		KM	
CALLE		REFERENCIA UBICACIÓN	
MARTIN DE UTRERAS		a una cuadra de las	
INTERSECCIÓN/MANZANA		Farma insights	
san gabriel		22524512	
BLOQUE		TELEFONO	
NÚMERO DE OFICINA		0997342463	
CAMINO		CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO			
milton.gallargo1@hotmail.com			

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.