

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
INPHARMEDIC INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL MEDICA S.A.		1792459184001	172627
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	EL BATAN
CIUDADELA		BARRIO	NÚMERO
		EL INCA	E13-16
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LOS MADROÑOS	CONJUNTO	RESIDENCIAL EL INCA
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	cas45	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FARMACIA EL DOCTORCITO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022439169
CORREO ELECTRÓNICO 1	rsicaf@hotmail.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	chamorroej@gmail.com	CELULAR	0999745334
SITIO WEB	www.inpharmedic.com	FAX	2439169

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CHAMORRO ESTACIO JESUS HERNANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0400837233
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	9/13/13 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	SAN ISIDRO DEL INCA
CIUDADELA		BARRIO	EL INCA
CALLE	AV EL INCA	NÚMERO	E13-16
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LOS MADROÑOS	CONJUNTO	RESIDENCIAL EL INCA
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA	cas45	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	FARMACIA EL DOCTORCITO
CORREO ELECTRÓNICO	chamorroej@gmail.com	TELEFONO	2439169
		CELULAR	0999745334

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	X	NO	
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

Nombre: CHAMORRO ESTACIO JESUS HERNANDO

Identificación 0400837233

REPRESENTANTE LEGAL

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.