

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
MAGNOFARMA LTDA.		1792503701001	177998	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
AV. ORELLANA		LA FLORESTA	AV. 12 DE OCTUBRE	E11-14
EDIFICIO/C.C.	LINCOLN		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	102		BLOQUE	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOTEL QUITO		KM	
CASILLERO POSTAL			CAMINO	
CORREO ELECTRÓNICO 1	gerencia@magnofarmalab.com		TELEFONO 1	022556270
CORREO ELECTRÓNICO 2	lady.manosalvas@adeccoecuador.com		TELEFONO 2	022986866
SITIO WEB			CELULAR	0969024991
			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	CARRERA DURAN JOSE LUIS GUSTAVO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1703587368
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	APODERADO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	5/15/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV. 12 DE OCTUBRE	BARRIO	LA FLORESTA
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. ORELLANA	NÚMERO	N26-97
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	102	EDIFICIO/C.C.	LINCOLN
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	carreraduran_lawfirm@hotmail.com	REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOTEL QUITO
		TELEFONO	022556270
		CELULAR	0999478955

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

---

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.