

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
MAGNOFARMA LTDA.		1792503701001	177998
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		LA FLORESTA	AV. 12 DE OCTUBRE
			NÚMERO
			E11-14
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. ORELLANA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	LINCOLN	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	102	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOTEL QUITO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022556270
CORREO ELECTRÓNICO 1	gerencia@magnofarmalab.com	TELEFONO 2	022986866
CORREO ELECTRÓNICO 2	lady.manosalvas@adeccoecuador.com	CELULAR	0969024991
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	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
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	LA FLORESTA
CALLE	AV. 12 DE OCTUBRE	NÚMERO	n46
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. ORELLANA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	LINCOLN
NÚMERO DE OFICINA	102	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL AL HOTEL QUITO
CORREO ELECTRÓNICO	carreraduran_lawfirm@hotmail.com	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.