

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LABORATORIOS HERBALFARM S.A.		1792278082001	63262
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
VEINTIMILLA		MARISCAL SUCRE	ULPIANO PAEZ
EDIFICIO/C.C.			NÚMERO
CONSULTORIOS PICHINCHA OFC 108			230
NÚMERO DE OFICINA			CONJUNTO
108			BLOQUE
REFERENCIA UBICACIÓN			KM
FRENTE A PARQUE JULIO ANDRADE			CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
			0224041 7
CORREO ELECTRÓNICO 1			TELEFONO 2
mariopaz@clini-dol.com			
CORREO ELECTRÓNICO 2			CELULAR
higadograso@live.com			0987945710
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	PAZ MAZON MARIO IVAN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1707779128
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/6/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA	la mariscal	PARROQUIA	QUITO
CALLE	ulpiano paez	BARRIO	LA MARISCAL
INTERSECCIÓN/MANZANA	veintimilla	NÚMERO	N 23 -0
BLOQUE	torre c	CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA	108	EDIFICIO/C.C.	consultorios pichincha
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	mariopaz@clini-dol.com	REFERENCIA UBICACIÓN	frente parque julio andrade
		TELEFONO	2238023
		CELULAR	0987945710

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.