

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
SINAIFARM S.A.		0190159698001	6653
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
FARMACIAS SINAI		AZUAY	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		VIRGEN DE BRONCE	MIGUEL CORDERO
INTERSECCIÓN/MANZANA		CONJUNTO	
AV. SOLANO			
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
EDIFICIO CONSULTORIOS MONTE SINAI			
NÚMERO DE OFICINA		KM	
PB			
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
FRENTE AL HOSPITAL MONTE SINAI			
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2814813
CORREO ELECTRÓNICO 1		TELEFONO 2	
gerenciasinaifarm@corpmontesinai.com.ec			
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0981904452
contadorsinaifarm@corpmontesinai.com.ec			
SITIO WEB		FAX	2816277

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	AZUAY	CANTON	CUENCA
-----------	-------	--------	--------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SANCHEZ CORREA LEONARDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0102423555
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	AZUAY
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/28/16 12:00 AM	CANTON	CUENCA
		PARROQUIA	CUENCA
CIUDADELA		BARRIO	LUIS CORDERO
CALLE	MANUEL VEGA	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	CALLE LARGA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A 30 METROS DEL PARQUE LUIS CORDERO
CORREO ELECTRÓNICO	leonartau26@yahoo.com	TELEFONO	072838841
		CELULAR	0995003353

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.