

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

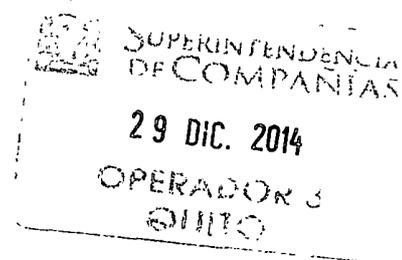
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
FARMACOS BASICOS (BASICFARM) S.A.	0991255087001	67881	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
BASICFARM S.A.	PICHINCHA	QUITO	ÑAQUITO
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	ÑAQUITO	JAPON	E5-91
INTERSECCIÓN/MANZANA	AGUSTIN GUERRERO	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DIAGONAL A LA UPC DE ÑAQUITO	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	022265161
CORREO ELECTRÓNICO 1	gerenciaecuador@basicfarm.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	infoecuador@basicfarm.com	CELULAR	0987285135
SITIO WEB	www.basicfarm.com	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	AGUIRRE BENALCAZAR MONICA DE LOS ANGELES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1712817830
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	21/05/14 0:00	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	SAN BARTOLO
CIUDADELA	GERMAN AVILA	BARRIO	SAN BARTOLO
CALLE	ANCHAYACU	NÚMERO	S15-112
INTERSECCIÓN/MANZANA	ZHUD	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A CUATRO CUADRAS DEL CUARTEL EPLICACHIMA
CORREO ELECTRÓNICO	gerenciaecuador@basicfarm.com	TELEFONO	2675166
		CELULAR	0987285135



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías 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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: AGUIRRE BENALCAZAR MONICA DE LOS ANGELES  
Identificación 1712817830

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

