

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>EXPEDIENTE</b>	
DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA E INSUMOS MEDICOS DISPHARMED S.A.		0993056146001	714690	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTON</b>	<b>PARROQUIA</b>
CIUADAELA		GUAYAS	SAMBORONDÓN	
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>		<b>BARRIO</b>	<b>CALLE</b>	<b>NÚMERO</b>
C.C. PLAZA LAGOS			KM. 6.5 VIA SAMBORONDON	S/N
<b>EDIFICIO/C.C.</b>			<b>CONJUNTO</b>	
EDF. PLAZA LAGOS			<b>BLOQUE</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>			<b>KM</b>	
<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>			<b>CAMINO</b>	
GARITA			<b>TELEFONO 1</b>	046020692
<b>CASILLERO POSTAL</b>			<b>TELEFONO 2</b>	046020692
<b>CORREO ELECTRÓNICO 1</b>		asisger@cofinacocoa.com	<b>CELULAR</b>	0986339424
<b>CORREO ELECTRÓNICO 2</b>		contabilidad@cofinacocoa.com	<b>FAX</b>	
<b>SITIO WEB</b>				

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

<b>PROVINCIA</b>	GUAYAS	<b>CANTON</b>	SAMBORONDÓN
------------------	--------	---------------	-------------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

<b>TIPO DE PERSONA</b>	PERSONA NATURAL		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	GALLARDO DELGADO LAURA MARCELA		
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	CEDULA	<b>No. DE IDENTIFICACIÓN</b>	0917376485
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	INDIVIDUAL	<b>NACIONALIDAD</b>	ECUADOR
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	GERENTE GENERAL	<b>PROVINCIA</b>	GUAYAS
<b>FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL</b>	10/18/17 12:00 AM	<b>CANTON</b>	GUAYAQUIL
		<b>PARROQUIA</b>	GUAYAQUIL
<b>CIUADAELA</b>	CIUADAELA LA FAE	<b>BARRIO</b>	
<b>CALLE</b>	CIUADAELA LA FAE	<b>NÚMERO</b>	NN
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	MZ. 17	<b>CONJUNTO</b>	
<b>BLOQUE</b>		<b>EDIFICIO/C.C.</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>		<b>KM</b>	
<b>CAMINO</b>		<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	FRENTE AUTOPISTA AEROPUERTO
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	rzg@cofinacocoa.com	<b>TELEFONO</b>	042591979
		<b>CELULAR</b>	0986400152

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

Nombre: GALLARDO DELGADO LAURA MARCELA

Identificación 0917376485

REPRESENTANTE LEGAL

---

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.