

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
PHARMACY & NUTRITION PHARNUTRI S.A.	0991372784001	75961	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	GUAYAS	GUAYAQUIL	TARQUI
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
	LOT. INMACONSA	ALFA Y MANGOS	SL 5
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 28	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	DETRAS DE LAS BODEGAS DE SUPAN	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	042103514
CORREO ELECTRÓNICO 1	pharmacynutrition@gmail.com	TELEFONO 2	042103173
CORREO ELECTRÓNICO 2		CELULAR	0985291785
SITIO WEB		FAX	042103514

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	GUAYAQUIL
------------------	--------	---------------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	PERDIGON CUBILLOS LUZ MARINA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0925744419
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	COLOMBIA
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	24/03/09 0:00	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	TARQUI
CIUDADELA	CEIBOS NORTE	BARRIO	
CALLE	ABETOS	NÚMERO	206
INTERSECCIÓN/MANZANA	NUM 206	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CASA BLANCA TRES PISOS
CORREO ELECTRÓNICO	luzmarinaperdigon@hotmail.com	TELEFONO	2851545
		CELULAR	

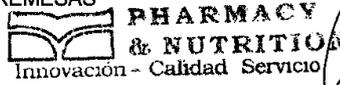



Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, 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
OFRECE VENTAS CON CRÉDITO DIRECTO A SUS CLIENTES Y COBRA INTERESES	SI	X	NO
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X



[Handwritten signature]

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: PERDIGON CUBILLOS LUZ MARINA
Identificación 0925744419

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.