

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
PHARMABRAND S.A.		1791362160001	85797
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		SANTA PRISCA	AV. VEINTIMILLA
			NÚMERO
			E9-26
INTERSECCIÓN/MANZANA	LEONIDAS PLAZA	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	UZIEL	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	704 A	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	A DOS CUADRAS DE LA IGLESIA DEL GIRON	CAMINO	
CASILLERO POSTAL	170515	TELEFONO 1	3822470
CORREO ELECTRÓNICO 1	fcruz@farmacid.com.ec	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	svillafuerte@farmacid.com.ec	CELULAR	0991300958
SITIO WEB	www.pharmabrand.com.ec	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	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1706461017
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	DIRECTOR GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/13/11 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	SANTA PRISCA
CALLE	AV.VEINTIMILLA	NÚMERO	E9-26
INTERSECCIÓN/MANZANA	LEONIDAS PLAZA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	UZIEL
NÚMERO DE OFICINA	704A	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DE LA URB. SAN GERMAN
CORREO ELECTRÓNICO	pledasma@pharmabrand.com.ec	TELEFONO	3822480
		CELULAR	0982624372

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	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	X	NO	
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.