

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

## INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>EXPEDIENTE</b>	
PHARMABRAND S.A.		1791362160001	85797	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTON</b>	<b>PARROQUIA</b>
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>		<b>BARRIO</b>	<b>CALLE</b>	<b>NÚMERO</b>
LEONIDAS PLAZA		SANTA PRISCA	AV. VEINTIMILLA	E9-26
<b>EDIFICIO/C.C.</b>		<b>CONJUNTO</b>		
UZIEL		BLOQUE		
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>		<b>KM</b>		
704 A		CAMINO		
<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>		<b>TELEFONO 1</b>		
A DOS CUADRAS DE LA IGLESIA DEL GIRON		3822470		
<b>CASILLERO POSTAL</b>		<b>TELEFONO 2</b>		
170515		CELULAR		
<b>CORREO ELECTRÓNICO 1</b>		<b>FAX</b>		
ktapia@farmacid.com.ec		0984998331		
<b>CORREO ELECTRÓNICO 2</b>				
svillafuerte@farmacid.com.ec				
<b>SITIO WEB</b>				
www.pharmabrand.com.ec				

## IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

<b>PROVINCIA</b>	PICHINCHA	<b>CANTON</b>	QUITO
------------------	-----------	---------------	-------

## INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

<b>TIPO DE PERSONA</b>	PERSONA NATURAL		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	LEDESMA DEL POZO PABLO LEONEL		
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	CEDULA	<b>No. DE IDENTIFICACIÓN</b>	1706461017
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	INDIVIDUAL	<b>NACIONALIDAD</b>	ECUADOR
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	DIRECTOR GENERAL	<b>PROVINCIA</b>	PICHINCHA
<b>FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL</b>	12/9/16 12:00 AM	<b>CANTON</b>	QUITO
<b>CIUDADELA</b>		<b>PARROQUIA</b>	QUITO
<b>CALLE</b>	AV.VEINTIMILLA	<b>BARRIO</b>	SANTA PRISCA
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	LEONIDAS PLAZA	<b>NÚMERO</b>	E9-26
<b>BLOQUE</b>		<b>CONJUNTO</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>	704A	<b>EDIFICIO/C.C.</b>	UZIEL
<b>CAMINO</b>		<b>KM</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	pledasma@pharmabrand.com.ec	<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	A LADO DE LA URB. SAN GERMAN
		<b>TELEFONO</b>	3822480
		<b>CELULAR</b>	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
ES EMPRESA FAMILIAR	SI		NO	X
¿ES SOCIEDAD DE INTERÉS PÚBLICO?	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.