

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
FARMAPACK CIA. LTDA.		1791432401001	87660	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
CARCELEN		BARRIO	CALLE	NÚMERO
CARCELEN		CARCELEN	AV. FRANCISCO GARCIA	N74-65
INTERSECCIÓN/MANZANA	ANTONIO BASANTES	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.	CASA	BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA	PB	KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE ECUAPEZ	CAMINO		
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2478510	
CORREO ELECTRÓNICO 1	masanchez@farmapack.com.ec	TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 2	lexymc@hotmail.com	CELULAR	0992601722	
SITIO WEB		FAX	2478510	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
------------------	-----------	---------------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CAJIAO FLORES DIEGO MAURICIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709400509
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/2/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	ATAHUALPA (HABASPAMBA)
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	LUXEMBURGO	NÚMERO	N34-101
INTERSECCIÓN/MANZANA	HOLANDA	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	LOTUS
NÚMERO DE OFICINA	PISO	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	CERCA TRIBUNA DE LOS SHYRIS
CORREO ELECTRÓNICO	dcajjiao@farmapack.com.ec	TELEFONO	2252101
		CELULAR	0999725474

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

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.