

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
FARMACID S.A.		1791731824001	89146	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
FARMACID		PICHINCHA	QUITO	CONOCOTO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		CONOCOTO	AV. ILALO	1048
INTERSECCIÓN/MANZANA	ENTRE CONOCOTO Y SAN RAFAEL	CONJUNTO		
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE		
NÚMERO DE OFICINA		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DE LA URB. SAN GERMAN	CAMINO		
CASILLERO POSTAL	1721124	TELEFONO 1	3829620	
CORREO ELECTRÓNICO 1	fcruz@farmacid.com.ec	TELEFONO 2		
CORREO ELECTRÓNICO 2	svillafuerte@farmacid.com.ec	CELULAR	0991300958	
SITIO WEB	www.farmacid.com.ec	FAX	2341471	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	CID VIVANCO ROBERTO FRANCISCO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1704878170
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ESTADOS UNIDOS DE
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/9/14 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	CONOCOTO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	AV.ILALO	NÚMERO	1048
INTERSECCIÓN/MANZANA	ENTRE CONOCOTO Y SAN RAFAEL	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	A LADO DE LA URB. SAN GERMAN
CORREO ELECTRÓNICO	rcid@farmacid.com.ec	TELEFONO	023829620
		CELULAR	0997509104

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	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.