

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                                   |  |                             |                  |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL       |  | RUC                         | EXPEDIENTE       |
| UNIQUE STAR PHARM U.S. PHARM S.A. |  | 1791839080001               | 93133            |
| NOMBRE COMERCIAL                  |  | PROVINCIA                   | CANTON           |
| CELSIUS                           |  | PICHINCHA                   | QUITO            |
| CIUDADELA                         |  | BARRIO                      | CALLE            |
|                                   |  | PODER JUDICIAL              | DIEGO DE ALMAGRO |
| INTERSECCIÓN/MANZANA              |  | AUTOPISTA GENERAL RUMINAHUI | CONJUNTO         |
| EDIFICIO/C.C.                     |  |                             | BLOQUE           |
| NÚMERO DE OFICINA                 |  |                             | KM               |
| REFERENCIA UBICACIÓN              |  | JUNTO AL MOTEL LUXOR        | CAMINO           |
| CASILLERO POSTAL                  |  |                             | TELEFONO 1       |
|                                   |  |                             | 022323863        |
| CORREO ELECTRÓNICO 1              |  | ktapia@farmacid.com.ec      | TELEFONO 2       |
|                                   |  |                             | 022323864        |
| CORREO ELECTRÓNICO 2              |  | contador@celsius.com.ec     | CELULAR          |
|                                   |  |                             | 0981926139       |
| SITIO WEB                         |  |                             | 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  | PRESIDENTE                    | PROVINCIA             | PICHINCHA                    |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 9/18/18 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 | NO | X |
| COMPAÑÍA VENDE A CREDITO                       | SI | NO | X |
| 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.