

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                             |                                  |               |                           |            |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL |                                  | RUC           | EXPEDIENTE                |            |
| SAPPHIREFARMS S.A.          |                                  | 1791924436001 | 151390                    |            |
| NOMBRE COMERCIAL            |                                  | PROVINCIA     | CANTON                    | PARROQUIA  |
|                             |                                  | PICHINCHA     | QUITO                     | EL QUINCHE |
| CIUDADELA                   |                                  | BARRIO        | CALLE                     | NÚMERO     |
| CUSUBAMBA                   |                                  | OTON          | VIA HACIENDA<br>NUCAHUASI | S/N        |
| INTERSECCIÓN/MANZANA        | VIA ANTIGUO BAJO                 |               | CONJUNTO                  |            |
| EDIFICIO/C.C.               |                                  |               | BLOQUE                    |            |
| NÚMERO DE OFICINA           | PB                               |               | KM                        |            |
| REFERENCIA UBICACIÓN        | JUNTO A FLORICOLA NELPO          |               | CAMINO                    |            |
| CASILLERO POSTAL            | 1721726                          |               | TELEFONO 1                | 023805991  |
| CORREO ELECTRÓNICO 1        | andrea.molina@alliottecuador.com |               | TELEFONO 2                |            |
| CORREO ELECTRÓNICO 2        | samuel@saphirefarms.com          |               | CELULAR                   | 0999802483 |
| 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   | TRIP SAMUEL                   |                       |                  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN  | CEDULA                        | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1717886145       |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                    | INDIVIDUAL                    | NACIONALIDAD          | HOLANDA          |
| CARGO QUE DESEMPEÑA   | GERENTE GENERAL               | PROVINCIA             | PICHINCHA        |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAIMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 4/9/12 12:00 AM               | CANTON                | QUITO            |
|   |                               | PARROQUIA             | CUMBAYÁ          |
| CIUDADELA   | LUMBISI                       | BARRIO                |                  |
| CALLE   | CADIZ                         | NÚMERO                | LOTE B12         |
| INTERSECCIÓN/MANZANA  | S/N                           | CONJUNTO              | URB. 23 DE ABRIL |
| BLOQUE  |                               | EDIFICIO/C.C.         |                  |
| NÚMERO DE OFICINA   |                               | KM                    |                  |
| CAMINO  |                               | REFERENCIA UBICACIÓN  | URB. 23 DE ABRIL |
| CORREO ELECTRÓNICO  | pablo.atig@alliottecuador.com | TELEFONO              | 023805991        |
|   |                               | CELULAR               | 0984254509       |

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 |

Nombre: TRIP SAMUEL

Identificación 1717886145

REPRESENTANTE LEGAL

---

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.