

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
LONGTERM FOREST PARTNERS CIA. LTDA.		1791992369001	153709
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		MARISCAL	AV. PATRIA
			NÚMERO
			E4-41
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV. AMAZONAS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	PATRIA	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	10	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE AL HILTON COLON	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	023931520
CORREO ELECTRÓNICO 1	pablo.granja@siglobpo.com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	dgarzon@seragroforest.com	CELULAR	0997385694
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	BUSTAMANTE ESPINOSA JOSE RAFAEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1701791137
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	7/11/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	MARISCAL
CALLE	AV.PATRIA	NÚMERO	E4-69
INTERSECCIÓN/MANZANA	AV.AMAZONAS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	COFIEC
NÚMERO DE OFICINA	10	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	PISO 10
CORREO ELECTRÓNICO	jrbustamante@bustamante.com.ec	TELEFONO	022562714
		CELULAR	099497399

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.