

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
FITO SANITARIO FITOSAN S.A.		0992945958001	705244
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	PARROQUIA
FITOSAN S.A.		GUAYAS	ELOY ALFARO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
LOTES LAS FERIAS		C. C. SAI BABA	VÍA DURAN - TAMBO
INTERSECCIÓN/MANZANA		S/N	CONJUNTO
EDIFICIO/C.C.		C. C. SAI BABA	BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA		BOD 8	KM
REFERENCIA UBICACIÓN		FRENTE A PLASTIGAMA	CAMINO
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1
CORREO ELECTRÓNICO 1		edgar.pita@bestagro-ec.com	TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2		ivonne.argudo@bestagro-ec.com	CELULAR
SITIO WEB			FAX

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	GUAYAS	CANTON	DURÁN
-----------	--------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	EGRED ARGUDO DANILO GABRIEL		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0911299816
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	GUAYAS
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/30/15 12:00 AM	CANTON	GUAYAQUIL
		PARROQUIA	GUAYAQUIL
CIUDADELA	URB.TERRANOSTRA	BARRIO	VIA A LA COSTA
CALLE	VIA A LA COSTA	NÚMERO	VILLA 25
INTERSECCIÓN/MANZANA	MZ 883	CONJUNTO	BONANOVA
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	13
CAMINO	VIA A LA COSTA	REFERENCIA UBICACIÓN	ALADO DE URB. ARCADIA
CORREO ELECTRÓNICO	danilo.egred@bestagro-ec.com	TELEFONO	045038674
		CELULAR	0991776162

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.