

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE	
UYAMAFARMS S.A.	0490054529001	88886	
NOMBRE COMERCIAL	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
	CARCHI	MIRA	MIRA (CHONTAHUASI)
CIUDADELA	BARRIO	CALLE	NÚMERO
		PANAMERICANA NORTE	S/N
INTERSECCIÓN/MANZANA	CAMINO A	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA		KM	KM.5
REFERENCIA UBICACIÓN	JTO.BALNERARIO UYAMA	CAMINO	
CASILLERO POSTAL	17-07-9465	TELEFONO 1	062280236
CORREO ELECTRÓNICO 1	mcdavalos@agroflora.com.ec	TELEFONO 2	062280150
CORREO ELECTRÓNICO 2	mnarvaez@agroflora.com.ec	CELULAR	0982501521
SITIO WEB		FAX	062280236

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	CARCHI	CANTON	MIRA
-----------	--------	--------	------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	DAVALOS GUEVARA CARLOS MAURICIO ANTONIO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1700645433
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	10/4/10 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	TUMBACO
CALLE	JOSE VARGAS	NÚMERO	200
INTERSECCIÓN/MANZANA	RESERVORIO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	CASA
NÚMERO DE OFICINA		KM	8
CAMINO	RESERVORIO DE CUMBAYA	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE RESERVORIO DE CUMBAYA
CORREO ELECTRÓNICO	mdavalos@agroflora.com.ec	TELEFONO	2893890
		CELULAR	0999308800

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.