

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE	
AUTOYA S.A.		1792410002001	166222	
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO	
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
RAFAEL BUSTAMANTE		LA LUZ	AV. JUAN GONZALEZ	E87-21
EDIFICIO/C.C.		CONJUNTO		
NÚMERO DE OFICINA		BLOQUE		
1		KM		
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO		
DENTRO DE LAS OFICINAS DE EQUINORTE		TELEFONO 1	022415900	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	022415900	
CORREO ELECTRÓNICO 1		contabilidad@autoya.com	CELULAR	0991177777
CORREO ELECTRÓNICO 2		anibalt690@hotmail.com	FAX	
SITIO WEB		www.autoya.com		

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TORRES HIDROBO ANIBAL ALFONSO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	0401083126
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	3/17/17 12:00 AM	CANTON	QUITO
CIUDADELA		PARROQUIA	QUITO
CALLE	AV.GALO PLAZA	BARRIO	
INTERSECCIÓN/MANZANA	RAFAEL BUSTAMANTE	NÚMERO	87-21
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	SAN REMO CAROLINA II
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	aath@autoya.com	REFERENCIA UBICACIÓN	TRAS MINISTERIO DE EDUCACION
		TELEFONO	022450288
		CELULAR	0997798014

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.