

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
BAYOMED INGENIERIA BIOMEDICA CIA. LTDA.		1792246172001	4611
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
BAYOMED		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
			Rumipamba
INTERSECCIÓN/MANZANA			CONJUNTO
Ulloa			BLOQUE
EDIFICIO/C.C.			KM
NÚMERO DE OFICINA	3 PIS		CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN	Frente a la entrada de la UTE		TELEFONO 1
CASILLERO POSTAL			5006691
CORREO ELECTRÓNICO 1	ivang@bayomedec.com		TELEFONO 2
CORREO ELECTRÓNICO 2	biomedicos@bayomed.net		CELULAR
SITIO WEB	www.bayomedec.com		5006691
			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	GALLARDO DIAZ IVAN EFRAIN		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1715276984
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	6/24/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CAMPIÑA MADRIGAL
CALLE	CALLE A	NÚMERO	S2226
INTERSECCIÓN/MANZANA	DIEGO MONTANERO	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	AUTOPISTA GENERAL RUMIÑAHUI
CORREO ELECTRÓNICO	iegallardo@hotmail.com	TELEFONO	3194530
		CELULAR	0996036724

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: GALLARDO DIAZ IVAN EFRAIN

Identificación 1715276984

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.