

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
BAYLEY CORPORATION S.A		1791880897001	94718
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
ALOAG		BARRIO	CALLE
INTERSECCIÓN/MANZANA		ALOAG	MIGUEL SALAZAR
GREGORIO CANDO		CONJUNTO	NÚMERO
EDIFICIO/C.C.		BLOQUE	S2-187
NÚMERO DE OFICINA		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN		CAMINO	
FRENTE A LA ESCUELA SELFINA CASTRO		TELEFONO 1	022680189
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 2	022389499
CORREO ELECTRÓNICO 1		CELULAR	0999231350
contabilidad@bayleyecuador.com		FAX	022389499
CORREO ELECTRÓNICO 2			
servicesbayley@yahoo.es			
SITIO WEB			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

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

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	TOAPANTA GALARZA JOSE ARMANDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1710369917
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	12/2/16 12:00 AM	CANTON	MEJIA
CIUDADELA	ALOAG	PARROQUIA	ALOAG
CALLE	MIGUEL SALAZAR	BARRIO	ALOAG
INTERSECCIÓN/MANZANA	GREGORIO CANDO	NÚMERO	S2-187
BLOQUE		CONJUNTO	
NÚMERO DE OFICINA		EDIFICIO/C.C.	
CAMINO		KM	
CORREO ELECTRÓNICO	servicesbayley@yahoo.es	REFERENCIA UBICACIÓN	FRENTE ESCUELA SELFINA CASTRO
		TELEFONO	022389499
		CELULAR	0999231350

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	X	NO	
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.