



REPÚBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE
COMPAÑÍAS

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

AÑO

2010

Nº

118610.2010.1

A. DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|-----------|---------------------------|--------------|-------------|---------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | | EXPEDIENTE | |
| | | 0 9 9 2 3 9 5 6 7 2 0 0 1 | | 1 1 8 6 1 0 | |
| UNIDAD DE ENFERMEDADES REUMATICAS Y AUTOINMUNES UNERA CIA. LTDA. | | | | | |
| PROVINCIA: | CANTÓN: | CIUDAD: | PARROQUIA: | | |
| GUAYAS | GUAYAQUIL | GUAYAQUIL | XIMENA | | |
| CALLE: | | NUMERO: | PISO/OFICINA | | |
| CALLE DECIMA C. C. LAS VITRINAS | | | MEZZANIN. | | |
| INTERSECCIÓN: | | TELÉFONO 1 | 0 | 4 | 2 3 9 1 9 4 3 |
| CALLE G | | TELÉFONO 2 | | | |
| | | FAX | | | |
| EDIFICIO O C. COMERCIAL: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| C.C. LAS VITRINAS | | luiszurit@hotmail.com | | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: | | COD. ACT. (CIU 4) | | | |
| TRATAMIENTOS POR MEDICOS DEMEDICINA GENERAL O ESPECIALIZADA INCLUSO CIRUJANOS | | P8530.04 | | | |



NOTA: 1. El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones.
2.- Se deberá imprimir dos ejemplares del presente formulario

DECLARACION: El administrador de la compañía, declara que se responsabiliza por la veracidad de la información proporcionada en el presente formulario en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 20 y 23 de la Ley de Compañías, normada en "REGLAMENTO QUE ESTABLECE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS QUE ESTÁN OBLIGADAS A REMITIR A LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, LAS SOCIEDADES SUJETAS A SU CONTROL Y VIGILANCIA".

FECHA DE PRESENTACION:

| AÑO | MES | DÍA |
|-----|-----|-----|
| 1 1 | 0 7 | 2 2 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: DR. LUIS ZURITA GAVILANEZ

Identificación: 0 9 0 2 5 4 3 9 2 5