

|                                                                                  |                                                                                                                        |                                                                      |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------|
|  | <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b><br><b>SUPERINTENDENCIA DE</b><br><b>COMPAÑÍAS</b><br>FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS | AÑO <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2010</span> | N° 127430.2010.1 |
|                                                                                  |                                                                                                                        |                                                                      |                  |

**A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA**

|                               |               |            |
|-------------------------------|---------------|------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL   | RUC           | EXPEDIENTE |
| CLINICA ODONTOLOGIA A & P S.A | 0992518480001 | 127430     |

|                                                                                                                  |                      |                                                    |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| PROVINCIA:<br>GUAYAS                                                                                             | CANTÓN:<br>GUAYAQUIL | CIUDAD:<br>GUAYAQUIL                               | PARROQUIA:<br>ROCAFUERTE |
| CALLE:<br>VELEZ                                                                                                  |                      | NUMERO:<br>616                                     | PISO/OFICINA<br>6        |
| INTERSECCIÓN:<br>RUMICHACA                                                                                       |                      | TELÉFONO 1<br>042534704                            | TELÉFONO 2               |
|                                                                                                                  |                      | FAX                                                |                          |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:<br>FILANTROPICA                                                                         |                      | CORREO ELECTRÓNICO:<br>clinicagerencia@hotmail.com |                          |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:<br>ACTIVIDADES DE CONSULTA Y TRATAMIENTO POR ODONTÓLOGOS EN CONSULTORIOS PRIVADOS |                      | COD. ACT. (CIIU 4)<br>Q.8620.01                    |                          |

NOTA: 1.- El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones presente formulario

2.- Se deberá imprimir dos ejemplares del

**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:



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

Identificación:

*[Handwritten signature]*  
 Nombre: EDWIN ESPINOZA ORTIZ  
 Identificación: 0701820631