



SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS

INFORMACIÓN DEL AÑO

2 0 1 1

FORMULARIO No.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC												EXPEDIENTE																	
		1 7 9 2 3 0 4 0 1 6 0 0 1												1 0 0 1 3 7 4 4 2																	
DENTAL INSURANCE CLINICA DENTAL CIA. LTDA.																															
PROVINCIA:		CANTÓN:				CIUDAD:				PARROQUIA:				BARRIO:																	
PICHINCHA		QUITO				QUITO				EL BATAN				LA CAROLINA																	
CALLE:												NUMERO:				PISO/OFICINA:															
SUIZA												N33-90				PB															
INTERSECCIÓN:												TELÉFONO 1:		0		2		2		4		1		2		7		7			
NORUEGA												TELÉFONO 2:																			
EDIFICIO O CENTRO COMERCIAL:												CELULAR:		0		8		3		3		5		9		7		7		1	
REFERENCIA:												CORREO ELECTRÓNICO:																			
DIAGONAL A CLINICA SANTA LUCIA												ccaiza@totaldent.com.ec																			

cel: 089311183

NOTA: 1.- El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones.
2.- Se deberá imprimir tres 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 el "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 presentación física

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: Inés Tamara Narváez Chanchay

No. de Documento de Identificación: 1 7 0 8 4 8 7 7 0 5