



REPUBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE
COMPAÑÍAS
 FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

AÑO

Nº

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|---------------------------|--|------------------|--|--|---|---|----------------------------|---|---|-------------|---|---|---|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | | | | | | | | | | EXPEDIENTE | | | | |
| | | 1 7 9 0 3 6 8 9 0 4 0 0 1 | | | | | | | | | | 1 1 4 9 0 2 | | | | |
| CLINICA MODERNA CIA. LTDA. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROVINCIA: PICHINCHA | CANTÓN: QUITO | | | CIUDAD: QUITO | | | | | PARROQUIA: SANTA PRISCA | | | | | | | |
| CALLE: ASCAZUBI | | | | | | NUMERO: E1-15 | | | PISO/OFICINA PB | | | | | | | |
| INTERSECCIÓN: AV. 10 DE AGOSTO | | | | | | TELÉFONO 1 | 0 | 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | |
| | | | | | | TELÉFONO 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 0 | 0 | 6 | |
| | | | | | | FAX | 0 | 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL: | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO: administracion@clinicamoderna.com | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL | | | | | | COD. ACT. (CIU 4) G4630.11 | | | | | | | | | | |

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 |
| | | |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: DR. JOSE ROMERO ESTRADA

Identificación: 1 7 0 0 2 0 4 0 5 8

