

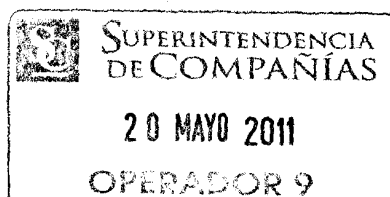
	REPUBLICA DEL ECUADOR SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS	AÑO	2010	N°	SC.NEC.154987.2010.1
	FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS				

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC										EXPEDIENTE																	
		1 7 9 2 0 2 0 8 5 9 0 0 1 1 5 4 9 8 7																											
METROUNIDAD DE NEUROFISIOLOGIA Y CLINICA DE EPILEPSIA ABBARPE CIA LTDA																													
PROVINCIA:	CANTÓN:					CIUDAD:					PARROQUIA:																		
PICHINCHA	QUITO					QUITO					BENALCAZAR																		
CALLE:										NUMERO:					PISO/OFICINA														
MARIANA DE JESUS										S/N					PLANTA BAJA														
INTERSECCIÓN:										TELÉFONO 1		0		2		2		2		6		9		3		4		3	
AV OCCIDENTAL										TELÉFONO 2		0		9		2		7		9		3		0		2		0	
EDIFICIO o C. COMERCIAL:										FAX																			
EDIFICIO METROPOLI										CORREO ELECTRÓNICO:																			
										pabad@hmetro.med.ec																			
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:															COD. ACT. (CIU 4)														
CONSULTA Y TRATAMIENTO DE MEDICINA GENERAL O ESPECIALIZADA CLINICAS															Q8620.01														

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 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 PRESENTACION:	AÑO	MES	DÍA
	1 1	0 5	1 8

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
Nombre: **PATRICIO ABAD HERRERA**
Identificación: **0 3 0 0 4 3 2 6 5 5**