



**REPUBLICA DEL ECUADOR**  
**SUPERINTENDENCIA DE**  
**COMPAÑÍAS**  
 FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

AÑO

2011

N°

2011157241

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|  |         |                           |  |  |                     |   |            |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
|--|---------|---------------------------|--|--|---------------------|---|------------|---|---|-------------------|---|-------------|---|---|--|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL                            |         | RUC                       |  |  |                     |   |            |   |   |                   |   | EXPEDIENTE  |   |   |  |  |
|  |         | 1 7 9 2 0 7 1 1 2 7 0 0 1 |  |  |                     |   |            |   |   |                   |   | 1 5 7 2 4 1 |   |   |  |  |
| COIE CENTRO ONTOLOGICO INTEGRAL DE ESPECIALIDADES S.A. |         |                           |  |  |                     |   |            |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
| PROVINCIA:   | CANTÓN: | CIUDAD:                   |  |  |                     |   | PARROQUIA: |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
| PICHINCHA  | QUITO   | QUITO                     |  |  |                     |   | CHAUPICRUZ |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
| CALLE:   |         |                           |  |  | NUMERO:             |   |            |   |   | PISO/OFICINA      |   |             |   |   |  |  |
| AV. EL INCA  |         |                           |  |  | E7-20               |   |            |   |   | 2                 |   |             |   |   |  |  |
| INTERSECCIÓN:  |         |                           |  |  | TELÉFONO 1          | 0 | 2          | 3 | 9 | 6                 | 4 | 0           | 0 | 0 |  |  |
| FRANCISCO DE IZAZAGA                                   |         |                           |  |  | TELÉFONO 2          |   |            |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
|  |         |                           |  |  | FAX                 |   |            |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:                               |         |                           |  |  | CORREO ELECTRÓNICO: |   |            |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
| PLAZA LISBOA   |         |                           |  |  | chavezr@coie.com.ec |   |            |   |   |                   |   |             |   |   |  |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:                         |         |                           |  |  |                     |   |            |   |   | COD. ACT. (CIU 4) |   |             |   |   |  |  |
| ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE ESPECIALIDADES                |         |                           |  |  |                     |   |            |   |   | Q8620.02          |   |             |   |   |  |  |

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 |
|-------|-----|-----|
| 20 12 | 0 8 | 2 3 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: DR. ROBERTO CHAVEZ P.

Identificación 1 7 0 7 0 4 1 7 8 4

