


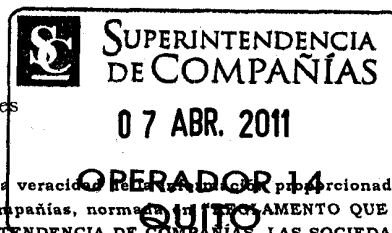
| | | | | | |
|---|--|-----|------|----|--------------------|
|  | REPUBLICA DEL ECUADOR SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS | AÑO | 2010 | N° | SC.NEC.160174.2010 |
| | FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS | | | | |

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------|---------------------------|-------------|---------------|---|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | | EXPEDIENTE | |
| FISIOCENTER CIA. LTDA. | | 1 7 9 2 1 4 6 3 4 8 0 0 1 | | 1 1 6 0 1 7 4 | |
| PROVINCIA: | CANTÓN: | CIUDAD: | PARROQUIA: | | |
| PICHINCHA | QUITO | QUITO | CUMBAYA | | |
| CALLE: | | NUMERO: | PISO/OFCINA | | |
| DIEGO DE ROBLES | | S/N | PB | | |
| INTERSECCIÓN: | | TELÉFONO 1 | 0 | 2 | 2 |
| PAMPITE | | TELÉFONO 2 | | | |
| | | FAX | | | |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| CAMPUS DE LA U.S.F.Q. | | paomartinez75@hotmail.com | | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: | | COD. ACT. (CIU 4) | | | |
| SERVICIOS MEDICOS DE FISIOTERAPIA | | 28620.01 | | | |


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, norma que establece el deber de proporcionar la información y documentos que están obligados a remitir a la Superintendencia de Compañías, las sociedades sujetas a su control y vigilancia".



FECHA DE PRESENTACION:

| | | |
|------|-----|-----|
| AÑO | MES | DÍA |
| 2011 | 04 | 07 |


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL.
Nombre: PAOLA MARTINEZ CATANO
Identificación: 1 7 2 2 8 3 2 0 2 7