



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

AÑO

2011

N°

SC.NEC.164154.2011.1

A. DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|  |         |                           |  |  |  |                               |            |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
|--|---------|---------------------------|--|--|--|-------------------------------|------------|---|-------------|---|---|-------------|---|---|---|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL  |         | RUC                       |  |  |  |                               |            |   |             |   |   | EXPEDIENTE  |   |   |   |  |
| COMPAÑÍA DE ASESORIA HEALTHLAW CIA. LTDA   |         | 1 7 9 2 2 3 1 0 5 1 0 0 1 |  |  |  |                               |            |   |             |   |   | 1 6 4 1 5 4 |   |   |   |  |
| PROVINCIA:   | CANTÓN: | CIUDAD:                   |  |  |  |                               | PARROQUIA: |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
| PICHINCHA  | QUITO   | QUITO                     |  |  |  |                               | FLORESTA   |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
| CALLE:   |         |                           |  |  |  | NUMERO:                       |            |   | PISO/OFCINA |   |   |             |   |   |   |  |
| FRANCISCO DE ORELLANA  |         |                           |  |  |  | N1-14                         |            |   | STO 505     |   |   |             |   |   |   |  |
| INTERSECCIÓN:  |         |                           |  |  |  | TELÉFONO 1                    | 0          | 2 | 2           | 5 | 5 | 9           | 1 | 6 | 9 |  |
|  |         |                           |  |  |  | TELÉFONO 2                    |            |   | 2           | 9 | 8 | 6           | 6 | 7 | 1 |  |
|  |         |                           |  |  |  | FAX                           |            |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:   |         |                           |  |  |  | CORREO ELECTRÓNICO:           |            |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
| EDIF. LINCOLN  |         |                           |  |  |  | lvillafuerte@healthlaw.com.ec |            |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:   |         |                           |  |  |  | COD. ACT. (CIU 4)             |            |   |             |   |   |             |   |   |   |  |
| RESTACION DE TODA CLASE DE SERVICIOS, DISTRIBUCION, COMERCIALIZACION E IMPORTACION |         |                           |  |  |  | G4711.00                      |            |   |             |   |   |             |   |   |   |  |

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 |
|     |     |     |

*Liliana Villafuerte*

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

DRA. LILIANA VILLAFUERTE

Identificación:

1 7 0 7 2 3 7 0 7 7