

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

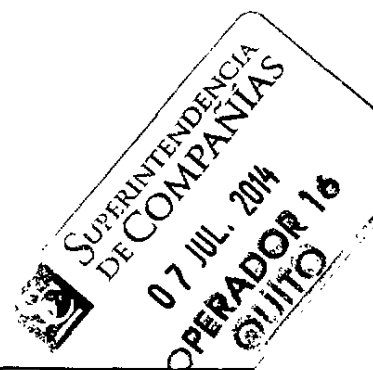
| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | RUC | EXPEDIENTE |
| CENTRO DE REHABILITACION CENREHA-SER CIA. LTDA. | 1792504473001 | 178146 |
| NOMBRE COMERCIAL | PROVINCIA | CANTON |
| REHA-SER | PICHINCHA | QUITO |
| CIUDADELA | BARRIO | CALLE |
| | MARISCAL SUCRE | RAMIREZ DAVALOS |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | 9 DE OCTUBRE | CONJUNTO |
| EDIFICIO/C.C. | CONSULTORIOS MEDICOS | BLOQUE |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM |
| REFERENCIA UBICACIÓN | JUNTO A LA CLINICA PICHINCHA | CAMINO |
| CASILLERO POSTAL | | TELEFONO 1 |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | daguirre@svar-law.com | TELEFONO 2 |
| CORREO ELECTRÓNICO 2 | spalomeque@hotmail.com | CELULAR |
| SITIO WEB | | FAX |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

| | | | |
|------------------|------------------|---------------|--------------|
| PROVINCIA | PICHINCHA | CANTON | QUITO |
|------------------|------------------|---------------|--------------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | |
|---|---|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL |
| APELLIDOS Y NOMBRES | PALOMEQUE AGUIRRE EDWINA SILVANA |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | GERENTE GENERAL |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 30/05/14 0:00 |
| CIUDADELA | |
| CALLE | RAMIREZ DAVALOS |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | 9 DE OCTUBRE |
| BLOQUE | |
| NÚMERO DE OFICINA | |
| CAMINO | |
| CORREO ELECTRÓNICO | spalomeque@hotmail.com |
| No. DE IDENTIFICACIÓN | 1704971603 |
| NACIONALIDAD | ECUADOR |
| PROVINCIA | PICHINCHA |
| CANTON | QUITO |
| PARROQUIA | SANTA PRISCA |
| BARRIO | |
| NÚMERO | OE350 |
| CONJUNTO | |
| EDIFICIO/C.C. | CONSULTORIOS MEDICOS ASOCIADOS |
| KM | |
| REFERENCIA UBICACIÓN | FRENTE A LA CLINICA PICHINCHA |
| TELEFONO | 022238409 |
| CELULAR | 0999496546 |



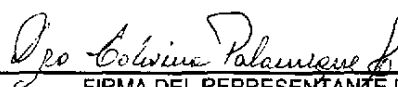
Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| TIPO DE PERSONA | PERSONA NATURAL | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | PALIZ PALOMEQUE CARLOS EDUARDO | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1713973111 |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL | INDIVIDUAL | NACIONALIDAD | ECUADOR |
| CARGO QUE DESEMPEÑA | PRESIDENTE | PROVINCIA | PICHINCHA |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 30/05/14 0:00 | CANTON | QUITO |
| | | PARROQUIA | SANTA PRISCA |
| CIUDADELA | | BARRIO | |
| CALLE | RAMIREZ DAVALOS | NÚMERO | OE350 |
| INTERSECCIÓN/MANZANA | 9 DE OCTUBRE | CONJUNTO | |
| BLOQUE | | EDIFICIO/C.C. | CONSULTORIOS MEDICOS ASOCIADOS |
| NÚMERO DE OFICINA | | KM | |
| CAMINO | | REFERENCIA UBICACIÓN | FRENTE A LA CLINICA PICHINCHA |
| CORREO ELECTRÓNICO | spalomeque@hotmail.com | TELEFONO | 022226951 |
| | | CELULAR | 0999496546 |

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

| | | | |
|--|----|----|---|
| ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO | SI | NO | X |
| COMPAÑÍA VENDE A CREDITO | SI | NO | X |
| OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS | SI | NO | X |


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
 Nombre: PALOMEQUE AGUIRRE EDWINA SILVANA
 Identificación 1704971603

FECHA DE PRESENTACIÓN FÍSICA

NOTA El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

Fecha máxima de presentación: 13/12/2012

En caso de no presentarse en la fecha indicada, deberá realizar nuevamente el procedimiento.

