



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

AÑO

2011

N°

24805.2011.1

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|  |                      |                           |  |  |  |                      |   |   |   |                   |   |            |   |   |  |  |
|--|----------------------|---------------------------|--|--|--|----------------------|---|---|---|-------------------|---|------------|---|---|--|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL                              |                      | RUC                       |  |  |  |                      |   |   |   |                   |   | EXPEDIENTE |   |   |  |  |
| TERAPIA RESPIRATORIA TERRES CIA. LTDA.                   |                      | 0 9 9 0 3 8 9 6 8 3 0 0 1 |  |  |  |                      |   |   |   |                   |   | 2 4 3 0 5  |   |   |  |  |
| PROVINCIA:<br>GUAYAS                                     | CANTÓN:<br>GUAYAQUIL | CIUDAD:<br>GUAYAQUIL      |  |  |  | PARROQUIA:<br>TARQUI |   |   |   |                   |   |            |   |   |  |  |
| CALLE:<br>CALLE NOVENA S-N                               |                      |                           |  |  | NUMERO:                                    |                      |   |   |   | PISO/OFICINA      |   |            |   |   |  |  |
| INTERSECCIÓN:<br>AV. SAN JORGE                           |                      |                           |  |  | TELÉFONO 1                                 | 0                    | 4 | 2 | 2 | 9                 | 2 | 6          | 1 | 8 |  |  |
|  |                      |                           |  |  | TELÉFONO 2                                 |                      |   |   |   |                   |   |            |   |   |  |  |
|  |                      |                           |  |  | FAX  |                      |   |   |   |                   |   |            |   |   |  |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:<br>CLINICA KENNEDY POLICENTRO   |                      |                           |  |  | CORREO ELECTRÓNICO:<br>jefrean@hotmail.com |                      |   |   |   |                   |   |            |   |   |  |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:<br>TERAPIAS RESPIRATORIAS |                      |                           |  |  |  |                      |   |   |   | COD. ACT. (CIU 4) |   |            |   |   |  |  |

- 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 |
|     |     |     |

*J. Zambrano*

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: JAVIER ANTONIO ZAMBRANO GARCIA

Identificación: 0 9 0 3 0 1 0 4 1 1

