



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

AÑO

2010

Nº

SC.NEC.32034.2010.1

## A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|   |                                   |                   |  |   |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------------------|-------------------|--|---|---------------------|--|--------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL   | RUC                               | EXPEDIENTE        |  |   |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
|   | 1 9 0 1 6 9 7 0 7 0 0 1 3 2 0 3 4 |                   |  |   |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
| UNIDAD DE DIAGNOSTICO INVASIVO C.A. MEDICA UDICAM                   |                                   |                   |  |   |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
| PROVINCIA:<br>AZUAY   | CANTÓN:<br>CUENCA                 | CIUDAD:<br>CUENCA |  |   | PARROQUIA:<br>SUCRE |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
| CALLE:<br>MIGUEL CORDERO  |                                   |                   |  | NUMERO:<br>6-111  |                     |  | PISO/OFICINA |                                    |  |  |  |  |  |
| INTERSECCIÓN:<br>AV. SOLANO   |                                   |                   |  | TELÉFONO 1 0 7 2 8 4 6 7 0 9  |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
|   |                                   |                   |  | TELÉFONO 2 0 7 2 8 8 5 5 9 5  |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
|   |                                   |                   |  | FAX   |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:<br>MONTE SINAI                             |                                   |                   |  | CORREO ELECTRÓNICO:<br><a href="mailto:rmena_cpa@hotmail.com">rmena_cpa@hotmail.com</a> |                     |  |              |                                    |  |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:<br><br>CONSULTA Y TRATAMIENTO MEDICO |                                   |                   |  |   |                     |  |              | COD. ACT. (CIIU 4)<br><br>Q8620.01 |  |  |  |  |  |

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, normada en "REGLAMENTO QUE

FECHA DE PRESENTACION:

| AÑO  | MES | DÍA |
|------|-----|-----|
| 2011 | 05  | 13  |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: Terreros Romero María Fernanda

Identificación: 0 1 0 3 5 8 2 4 7 4



13 MAY 2011

C.P.A. Yola Astudillo Ortiz