



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

AÑO

2011

Nº

SC.NEC.32034.2011.1

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|   |         |                           |  |  |  |                      |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
|---|---------|---------------------------|--|--|--|----------------------|---|--------------|---|-------------------|---|------------|---|---|---|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL   |         | RUC                       |  |  |  |                      |   |              |   |                   |   | EXPEDIENTE |   |   |   |
|   |         | 0 1 9 0 1 6 9 7 0 7 0 0 1 |  |  |  |                      |   |              |   |                   |   | 3 2 0 3 4  |   |   |   |
| UNIDAD DE DIAGNOSTICO INVASIVO C.A. MEDICA                              |         |                           |  |  |  |                      |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
| PROVINCIA:  | CANTÓN: | CIUDAD:                   |  |  |  | PARROQUIA:           |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
| AZUAY   | CUENCA  | CUENCA                    |  |  |  | SUCRE                |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
| CALE:   |         |                           |  |  |  | NUMERO:              |   | PISO/OFICINA |   |                   |   |            |   |   |   |
| MIGUEL CORDERO  |         |                           |  |  |  | 6-111                |   | P.B.         |   |                   |   |            |   |   |   |
| INTERSECCIÓN:<br>AV. SOLANO   |         |                           |  |  |  | TELÉFONO 1           | 0 | 7            | 2 | 8                 | 4 | 6          | 7 | 0 | 9 |
|   |         |                           |  |  |  | TELÉFONO 2           |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
|   |         |                           |  |  |  | FAX                  |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:  |         |                           |  |  |  | CORREO ELECTRÓNICO:  |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
| HOSPITAL MONTE SINAI  |         |                           |  |  |  | mena_cpa@hotmail.com |   |              |   |                   |   |            |   |   |   |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:  |         |                           |  |  |  |                      |   |              |   | COD. ACT. (CIU 4) |   |            |   |   |   |
| Realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico en general. |         |                           |  |  |  |                      |   |              |   | 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 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 |
|     |     |     |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: TERREROS ROMERO MARIA FERNANDA

Identificación: 0 1 0 3 5 8 2 4 7 4



30 OCT 2012

SECRETARÍA