



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

AÑO

N°

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

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC										EXPEDIENTE				
		1 7 9 1 2 6 3 3 4 0 0 0 1										5 2 0 3 2				
CLINICA DE LA FAMILIA CLINIFAM CIA. LTA																
PROVINCIA:	CANTÓN:	CIUDAD:					PARROQUIA:									
	QUITO	QUITO					BENALCAZAR									
CALLE:					NUMERO:					PISO/OFICINA						
RODRIGO DE TRIANA					N26-143					PISO						
INTERSECCIÓN:					TELÉFONO 1	0	2	2	5	6	5	7	5	5		
AV ORELLANA					TELÉFONO 2											
					FAX											
EDIFICIO o C. COMERCIAL:					CORREO ELECTRÓNICO:											
CASA					<b>vhig@hotmail.es</b>											
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:										COD. ACT. (CIU 4)						
SERVICIOS MEDICOS										Q8610,01						

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
2 0	0 4	1 8
1 2		

  
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: TERESITA NARANJO

Identificación: 1 7 0 4 8 0 8 9 5 3

