



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

AÑO

2011

Nº

SC NEC.64292.2011.1

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

|                                |         |                           |  |         |  |  |                         |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|--------------------------------|---------|---------------------------|--|---------|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:   |         | RUC                       |  |         |  |  |                         |  |  |  |  | EXPEDIENTE         |  |  |  |  |
|                                |         | 1 7 9 2 2 8 7 3 2 9 0 0 1 |  |         |  |  |                         |  |  |  |  | 6 4 2 9 2          |  |  |  |  |
| FACIALDENT CIA. LTDA           |         |                           |  |         |  |  |                         |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| PROVINCIA:                     | CANTÓN: |                           |  | CIUDAD: |  |  | PARROQUIA:              |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| PICHINCHA                      | QUITO   |                           |  | QUITO   |  |  | SANTA PRISCA            |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| CALLE:                         |         |                           |  |         |  |  | NÚMERO:                 |  |  |  |  | PISO/OFICINA       |  |  |  |  |
| VEINTIMILLA                    |         |                           |  |         |  |  | E384                    |  |  |  |  | 206                |  |  |  |  |
| INTERSECCIÓN:                  |         |                           |  |         |  |  | TELÉFONO 1              |  |  |  |  | 0 2 2 9 0 0 2 5 9  |  |  |  |  |
|                                |         |                           |  |         |  |  | TELÉFONO 2              |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|                                |         |                           |  |         |  |  | FAX                     |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL:       |         |                           |  |         |  |  | CORREO ELECTRÓNICO:     |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|                                |         |                           |  |         |  |  | adolfo_nara@hotmail.com |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: |         |                           |  |         |  |  |                         |  |  |  |  | COD. ACT. (CIIU 4) |  |  |  |  |
| SERVICIO TOTAL ODONTOLÓGICO    |         |                           |  |         |  |  |                         |  |  |  |  | Q8620.02           |  |  |  |  |

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 |
|-----|-----|-----|
| 1 1 | 1 1 | 0 2 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: LEONARDO G. ORELLANA NARVAEZ

Identificación: 1 7 0 7 0 0 0 2 9 3