



REPUBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE
COMPAÑÍAS
 FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

AÑO

2010

Nº

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------------|-------------------|--|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | RUC | | EXPEDIENTE | |
| | | 1 7 9 1 8 0 8 4 2 8 0 0 1 | | 1 9 1 8 4 6 | |
| MEDICONTROL CIA.LTDA. | | | | | |
| PROVINCIA: | CANTÓN: | CIUDAD: | PARROQUIA: | | |
| PICHINCHA | QUITO | QUITO | SANTA PRISCA | | |
| CALLE: | | | NUMERO: | PISO/OFICINA | |
| VERSALLES | | | 731 | UNO | |
| INTERSECCIÓN: | | | TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | |
| AV.PEREZ GUERRERO | | | 0 2 2 5 0 5 6 8 0 | 0 8 4 7 0 5 2 9 0 | |
| | | | FAX | | |
| EDIFICIO o C. COMERCIAL: | | | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| CLINICA OFTALMICA | | | evelaste@interactive.net.ec | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: | | | | COD. ACT. (CIU 4) | |
| ATENCION SERVICIOS MEDICOS | | | | 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 |
|-----|-----|-----|
| 1 1 | 0 6 | 2 1 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: ESTEBAN VELASTEGUI C.

Identificación: 1 7 0 2 6 5 2 7 3 4

