



Marque la casilla que corresponda:

Check the appropriate box below:

ENMIENDA O REFORMULACIÓN

(Complete solo los puntos 1, 2 y 7)

AMENDMENT OR RESTATEMENT
(Complete only 1, 2, 7)

CERTIFICADO DE CANCELACIÓN

(Complete solo los puntos 1, 3, 4, 5, 6 y 7)

CERTIFICATE OF CANCELLATION
(Complete only 1, 3, 4, 5, 6, 7)

NÚMERO DE REGISTRO: _____
REGISTRY NUMBER:

De conformidad con los artículos 410 a 490 del capítulo 192 de Estatuto Revisado de Oregon, la información contenida en esta solicitud es un registro de acceso público. Debemos divulgar esta información a toda parte que lo solicite, y se publicará en nuestro sitio web.

In accordance with Oregon Revised Statute 192.410-192.490, the information on this application is public record. We must release this information to all parties upon request and it will be posted on our website.

Solo para uso interno
For office use only

Típe o escriba en letra de imprenta de manera legible en tinta **negra**. Adjunte una hoja adicional si es necesario.
Please Type or Print Legibly in Black Ink. Attach Additional Sheet if Necessary.

1) **NOMBRE:** _____
NAME:

ENMIENDA O REFORMULACIÓN
AMENDMENT OR RESTATEMENT

2) **SE HACEN LAS SIGUIENTES ENMIENDAS AL CERTIFICADO DE SOCIEDAD COMANDITARIA:**
Indique los números de artículo y los artículos enteros tal como se los ha modificado para su lectura, o adjunte una copia del certificado de sociedad comanditaria reformulado completo.
THE FOLLOWING AMENDMENT(S) TO THE CERTIFICATE OF LIMITED PARTNERSHIP IS MADE:
(State the section number(s) and set forth the entire section(s) as it is amended to read, or attach a copy of the entire restated certificate of limited partnership.)

CERTIFICADO DE CANCELACIÓN
CERTIFICATE OF CANCELLATION

3) **FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA CANCELACIÓN:** _____
EFFECTIVE DATE OF CANCELLATION:

(Si no se menciona ninguna, la fecha de entrada en vigencia será la fecha presentada por la División Corporativa).
(If none is stated, the effective date will be the date filed by the Corporation Division.)

COMPLETE LOS PUNTOS 4, 5, O 6 A CONTINUACIÓN.
COMPLETE SECTION 4, 5, OR 6 BELOW.

4) **MOTIVO PARA PRESENTAR EL CERTIFICADO DE CANCELACIÓN:**
REASON FOR FILING CERTIFICATE OF CANCELLATION:

5) **ESTA SOCIEDAD COMANDITARIA SE CONVIRTIÓ EN UNA SOCIEDAD DE PERSONAS. EL NOMBRE DE LA SOCIEDAD ES:**
THIS LIMITED PARTNERSHIP WAS CONVERTED TO A PARTNERSHIP. THE NAME OF THE PARTNERSHIP IS:

6) **ESTA SOCIEDAD COMANDITARIA SE FUSIONÓ CON UNA SOCIEDAD DE PERSONAS U OTRA SOCIEDAD COMANDITARIA. EL NOMBRE DE LA SOCIEDAD ABSORBENTE ES:**
THIS LIMITED PARTNERSHIP MERGED WITH A PARTNERSHIP OR LIMITED PARTNERSHIP. THE SURVIVOR'S NAME IS:

7) **FORMALIZACIÓN:** (Deben firmar al menos un socio general existente y cada nuevo socio general).

Yo, como firmante autorizado, declaro bajo pena de perjurio que en este documento no se oculta, esconde, altera ni tergiversa de otra manera fraudulenta la identidad de ninguna persona, incluidos funcionarios, directores, empleados, miembros, gerentes o agentes. Este documento ha sido examinado por mí y, según mi leal saber y entender, es verdadero, correcto y está completo. Realizar declaraciones falsas en este documento va en contra de la ley y puede sancionarse con multas, pena de prisión o ambas.

EXECUTION: (At least one existing general partner and each new general partner must sign.)

I declare as an authorized signer, under penalty of perjury, that this document does not fraudulently conceal, obscure, alter, or otherwise misrepresent the identity of any person including officers, directors, employees, members, managers or agents. This filing has been examined by me and is, to the best of my knowledge and belief, true, correct and complete. Making false statements in this document is against the law and may be penalized by fines, imprisonment, or both.

Firma:
Signature:

Nombre en letra de imprenta:
Printed Name:

PERSONA DE CONTACTO: (En caso de consultas sobre este documento).

CONTACT NAME: (To resolve questions with this filing.)

NÚMERO DE TELÉFONO: (Incluir código de área).

PHONE NUMBER: (Include area code.)

CARGOS

FEES

Cargo administrativo requerido \$100
Required Processing Fee \$100

Los cargos administrativos no son reembolsables.
Processing Fees are nonrefundable.

Se ruega girar el cheque a la orden de «División Corporativa»
Please make check payable to "Corporation Division."

En <http://sos.oregon.gov/business> hay copias gratuitas disponibles mediante el programa Búsqueda de Nombre Comercial.

Free copies are available at <http://sos.oregon.gov/business>, using the Business Name Search program.