



**REPUBLICA DEL ECUADOR**  
**SUPERINTENDENCIA DE**  
**COMPAÑÍAS**  
 FORMULARIO DE ADMINISTRADORES /  
 PERSONAL OCUPADO

AÑO

2011

N°

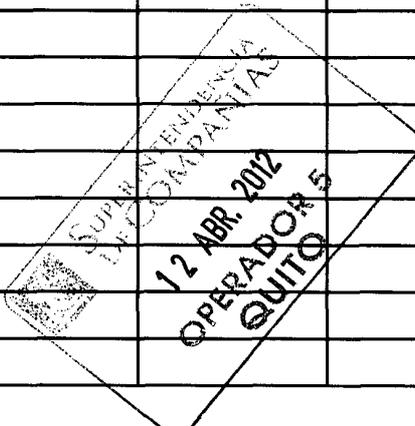
SC.NEC.11002.2011.1

**A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN**

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC										EXPEDIENTE									
FIBA MEDICAL C. LTDA.		1	7	9	0	0	2	6	3	5	3	0	0	1			1	1	0	0	2
PERSONAL OCUPADO										AUDITORIA EXTERNA											
DIRECCIÓN	ADMINISTRACIÓN	PRODUCCIÓN	OTROS		AUDITOR EXTERNO		RNAE														
1	3	5	0																		

**B: NÓMINA DE APODERADOS, ADMINISTRADORES Y/O REPRESENTANTES LEGALES**

Cédula/RUC/Pasaporte	Apellido y Nombres Completos	Nacionalidad	Cargo	RL/Adm
1704438389	ALARCON TORRES CESAR ALFONSO	ECUATORIANA	GERENTE	RL
1701220707	ALARCON CESAR AGUSTO	ECUATORIANA	PRESIDENTE	ADM



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 PRESENTACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
1 2	0 4	0 5

  
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL  
 Nombre: CESAR ALARCON  
 Identificación: 1704438389