

SIC.NIFF.137018.2011.1

**FORMULARIO DE ADMINISTRADORES /
PERSONAL OCUPADO**

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL				RUC												EXPEDIENTE								
				1	3	9	1	7	8	1	9	5	4	0	0	1			1	3	7	0	1	8
HOSPITAL CLINICO Y QUIRURGICO MANABITTA CIA LTDA MANAHOSPITAL																								
PERSONAL OCUPADO												AUDITORIA EXTERNA												
DIRECCIÓN		ADMINISTRACIÓN		PRODUCCIÓN		OTROS		AUDITOR EXTERNO				RNAE												
1		1		-		-		-				-												

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

[illegible]

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 "REGAMENTO 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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: CARLOS ARTURO ROBLES JARA

Identificación: 1 3 0 1 6 5 6 9 0 4