SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS

INFORMACIÓN DEL AÑO: 2011

FORMULARIO No.

FORMULARIO DE ADMINISTRADORES / PERSONAL OCUPADO

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN	RUC	EXPEDIENTE
DENTAL INSURANCE CLINICA DENTAL CIA LTDA.	1792304016001	137442

NÚMERO DE PERSONAL OCUPADO				AUDITORIA EXTERNA	
DIRECTIVOS	ADMINISTRATIVOS	PRODUCCIÓN	OTROS	AUDITOR EXTERNO	REGISTRO (RNAE) No.
1	2	3	1		

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

Cédula/RUC/Pasaporte	Apellido y Nombres Completos	Nacionalidad	Cargo	RL / Adm
1708487705	NARVAEZ CHANCHAY INES TAMARA	ECUADOR	GERENTE GENERAL	
1500014459	NARVAEZ CISNEROS CARLOS EMILIO	ECUADOR	PRESIDENTE	

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 el "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 física

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: Inés Tamara Narváez Chanchay

No. de Documento de Identificación: 1 7 0 8 4 8 7 7 0 5