

REPUBLICA DEL ECUADOR															AÑO		2007		N°		50 0167315																																
SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS																																																					
FORMULARIO DE FOMENTO Y SERVICIO DE ACTUALIZACIÓN																																																					
A.- DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA																																																					
01	RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL										02	RUC		1	7	9	1	9	6	5	3	2	9	0	0	1	03	EXPEDIENTE		1	5	2	7	3	6																		
ADSERCOM EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.																																																					
04	PROVINCIA										CANTÓN		CIUDAD										PARROQUIA																														
PICHINCHA										QUITO		QUITO										LA PAZ																															
06	CALLE										NÚMERO		TELÉFONO:		0	2	3	9	6	6	5	5	5																														
AV. 6 DE DICIEMBRE										2816		FAX:		0	2	2	5	0	4	6	5	0																															
12	INTERSECCIÓN										EDIFICIO C. COMERCIAL		PISO, DEPTO., OFICINA																																								
PAUL RIVET										JOSUETH GONZALEZ		PISO 8																																									
14	ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL										CÓD. ACTIV.		EMAIL																																								
MEDICINA PREPAGADA										8 5 1 2 0		nsantamaria@adsrcom.ec																																									
16	REPRESENTANTE LEGAL										CÉDULA		CARGO																																								
ANDRES HURTADO PEREZ										1 7 0 7 3 2 3 6 5 3		GERENTE GENERAL																																									
20	PERSONAL OCUPADO										AUDITOR EXTERNO		R.N.A.E.																																								
DIRECCIÓN										1	ADMINISTRACIÓN										3	PRODUCCIÓN										—	OTROS										—										

1/ Codificación de la Inversión Extranjera 1: Inversión Extranjera Directa 2: Inversión Subregional 3: Inversión Neutra 4: Inversión de extranjeros calificada como Nacional
2/ Si tiene más accionistas favor anexar las hojas necesarias bajo este formato

TOTAL	210,400.00
-------	------------

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO NO SE ACEPTARÁ CON ENMENDADURAS O TACHONES

AÑO				MES		DÍA	

FECHA DE PRESENTACIÓN

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL