

REPUBLICA DEL ECUADOR SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS

FORMULARIO DE ADMINISTRADORES / PERSONAL OCUPADO AÑO

2011

N° 52.206.30273.2011.1

A: DATOS GENERALES: IDE			DITC					_						т.	EXPE	Dire	A TOTAL OF				
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL RUC HOSPITAL CLINICA SAN AGUSTIN CIA. LTDA. 1 1 9 0 0 0 4 1 5									- 51	11	_	1 6		1		OIE		_	3T	-	
HOSPITAL CLINICA	SAN AGUSTIN CIA, DIDA.		1	1 9	L	טן ט	4	1	5	1	0		<u>' </u>	T	ગ	υ	4	7	ગ		
PERSONAL OCUPADO								\Box					AUI	ווכ	DITORIA EXTERNA						
DIRECCIÓN	ADMINISTRACIÓN	PRODUCCIÓN				OTROS		AUDITOR EXTERNO						RNAE							
5	33 21							1							346						
D. NOMINA DE ADODED	ADOS, ADMINISTRADORE	Q V /	O PE	DDFCE	ጉእነጥል	NTESI	FCAI	F	2												
						111111111111111111111111111111111111111	JEGAL	,,,,,,						Т					Т		
Cédula/RUC/Pasaporte	Apellido y Nombres Completos							Nacionalidad						4	Cargo					RL/A	
1102138938	ORELLANA JARAMILLO LEONCIO MIGUEL							ECUATORIANA						1	GERENTE					RL	
1101418067	RODRIGUEZ MAYA RITA MARIA							ECUATORIANA						Į	PRESIDENTE					RL/A	
		******					\dashv							7					Ť	,	
							+							+					┿		
			·				_							4					+		
																			┙		
	:																		1		
														1					7		
							\dashv	-						+					+		
							-							4					4		
														7					Ť		
				-										┥					┿		
							_							4					+		
														7					十		
														+					+		

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 prese formulario en cumplimiento a le dispuesto en el artículo 20 y 23 de la Ley de Compañías, normada en "REGLAMENTO QUE ESTABLECE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS QUE ESTÁN OBLIGADAS A REMITIR A LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, LAS SOCIEDADES SUJETAS A CONTROL Y VIGILANCIA".

FECHA DE PRESENTACIÓN:

AÑO MES DÍA

Nombre: I

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

LEONCIO MIGUEL ORELLANA JARAMILLO