| | REPUBLICA DEL ECUADOR<br>SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS<br>FORMULARIO DE ADMINISTRADORES / PERSONAL OCUPADO | AÑO 2010 | N° |
|---|---|---|---|

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | RUC | EXPEDIENTE |
|---|---|---|
| CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO LOPEZ ORDOÑEZ S.A. | 0190129462001 | 31144 |

| PERSONAL OCUPADO | | | | AUDITORIA EXTERNA | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN | ADMINISTRACIÓN | PRODUCCIÓN | OTROS | AUDITOR EXTERNO | RNAE |
| 2 | 3 | | 16 | | |

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

| Cédula/RUC/Pasaporte | Apellido y Nombres Completos | Nacionalidad | Cargo | RI |
|---|---|---|---|---|
| 0100999051 | LOPEZ CARRION WILSON TEODORO | ECUADOR | PRESIDENTE | RI |
| 0702657172 | MALDONADO CAMINO FLOR MARIA | ECUADOR | GERENTE GENERA | RI |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS
INTENDENCIA DE CUENCA

FECHA DE PRESENTACIÓN:

| AÑO | MES | DÍA |
|---|---|---|
| 11 | 04 | 29 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: FLOR MARIA MALDONADO C.

Identificación: 0 7 0 2 6 5 7 1 7 2

12 - MAY 2011

C.P.A. Yola Astudillo Ortiz