	REPUBLICA DEL SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS FORMULARIO DE ADMINISTRADORES / PERSONAL OCUPADO	AÑO 2009	N° 5163

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC										EXPEDIENTE									
		0 1 9 0 1 5 4 4 3 2 0 0 1										3 1 6 9 1									
CLINICA DE FRACTURAS CLINFRAOCHOA																					
PERSONAL OCUPADO											AUDITORIA EXTERNA										
DIRECCIÓN	ADMINISTRACIÓN	PRODUCCIÓN	OTROS	AUDITOR EXTERNO								RNAE									
2	1	8																			

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


Cédula/RUC/Pasaporte	Apellido y Nombres Completos	Nacionalidad	Cargo	RL/Adm
102156585	OCHOA RAMIREZ CHRISTIAN GUSTAVO	ECUATORIANO	GERENTE	RL/
104347398	OCHOA RAMIREZ WILSON BERNARDO	ECUATORIANO	PRESIDENTE	A

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 "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:

AÑO	MES	DÍA
20 12	0 3	1 9


 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
 Nombre: DR. CHRISTIAN OCHOA RAMIREZ
 Identificación: 0 1 0 5 8 5



19 MAR 2012

Sa 03.03.2012