



**REPUBLICA DEL
SUPERINTENDENCIA DE
COMPAÑIAS
FORMULARIO DE ADMINISTRADORES
/ PERSONAL OCUPADO**

AÑO

2009

四

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

NOTA: 1.-El presente formulario no se aceptará con enmendaduras o tachones

2.- Se deberá imprimir dos ejemplares del presente formulario

DECLARACIÓN: 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 0 0 0 5 8 5

10

1 0
SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑIAS 5 8 5
1911

19 MAR 2012

59