| | REPUBLICA DEL SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS<br>FORMULARIO DE ADMINISTRADORES / PERSONAL OCUPADO | AÑO 2011 | Nº 41939 |
|---|---|---|---|

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | RUC | EXPEDIENTE |
|---|---|---|
| CLINICA DE FRACTURAS CLINFRAOCHOA | 0 1 9 0 1 5 4 4 3 2 0 0 1 | 3 1 6 9 1 |

| 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 |

SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑIAS
8 MAY 2012
Rebeca Idrovo Polo

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 5 | 0 8 |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: DR. CHRISTIAN OCHOA RAMIREZ

Identificación: 0 1 0 2 1 5 6 5 8 5