	REPUBLICA DEL SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS FORMULARIO DE ADMINISTRADORES / PERSONAL OCUPADO	**AÑO** 2009	**Nº** 63544

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	EXPEDIENTE
CLINICA AUXILIADORA ALPHAMED CIA.LTDA.	0 1 9 0 3 4 0 5 6 2 0 0 1	3 3 9 0 5

PERSONAL OCUPADO				AUDITORIA EXTERNA	
DIRECCIÓN	ADMINISTRACIÓN	PRODUCCIÓN	OTROS	AUDITOR EXTERNO	RNAE
2	2		1		

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

Cédula/RUC/Pasaporte	Apellido y Nombres Completos	Nacionalidad	Cargo	RL/Adm
0102089166	JARA NOVILLO LUIS PATRICIO	ECUATORIANA	GERENTE	ADM
0106289085	ROSABAL VIVES KATIA	CUBANA	PRESIDENTE	RL

SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS INTENDENCIA DE CUENCA
26 JUN 2012
Angela Mora Dueñas

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 6	2 6

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: DR. PATRICIO JARA NOVILLO

Identificación: 0 1 0 2 0 8 9 1 6 6