



REPUBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE
COMPANIAS
FORMULARIO DE NOMINA DE SOCIOS O
ACCIONISTAS

AÑO

2009

N°

63544

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

RAZÓN O DENOMINACION SOCIAL CLINICA AUXILIADORA ALPHAMED CIA. LTDA.	RUC 0 1 9 0 3 4 0 5 6 2 0 0 1	EXPEDIENTE 3 3 9 0 5
CAPITAL SUSCRITO \$.400,00	CAPITAL AUTORIZADO	ACCIÓN/PARTICIPACIÓN (USD) \$. 1,00

B: NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS

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 PRESENTACION:

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