

N°

FORMULARIO DE ADMINISTRADORES /
PERSONAL OCUPADO

A: DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL				RUC												EXPEDIENTE								
ECUADOR MEDICAL TOURISM ASSOCIATION S.A. ECUAMEDITOUR				0	1	9	0	3	6	7	9	4	0	0	0	1	-	-	-	6	1	7	8	9
PERSONAL OCUPADO												AUDITORIA EXTERNA												
DIRECCIÓN		ADMINISTRACIÓN		PRODUCCIÓN		OTROS		AUDITOR EXTERNO				RNAE												
1		1																						

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

[illegible]

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

Nombre:

Identificación:

 SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS
FIRMA DEL REPRESENTANTE LOCAL
YANCEY KEITH BORCE
27 JUN 2014

YANCEY KEITH BOICE

4 3 2 2 9 5 1 2 8

Sa