

**FORMULARIO SC**

#### A.- DATOS GENERALES: IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA

|                                                   |                               |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       |        |                       |   |               |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|--|----|-----------|----|--------|---|-----------|---|---------------------------------------|--------|-----------------------|---|---------------|----|-----------|-----------------------|----|------------|------------|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|
| 01                                                | RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL   |  | 02 | RUC       | 0  | 9      | 9 | 1         | 4 | 2                                     | 1      | 7                     | 4 | 2             | 0  | 0         | 1                     | 03 | EXPEDIENTE | 0          | 0 | 0        | 7 | 9 | 5 | 2 |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| GRUPO PEDIATRICO ASOCIADOS S.A. GRUPED            |                               |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       |        |                       |   |               |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| 04                                                | PROVINCIA                     |  |    |           | 05 | CANTÓN |   |           |   | 06                                    | CIUDAD |                       |   |               | 07 | PARROQUIA |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| GUAYAS                                            |                               |  |    | GUAYAQUIL |    |        |   | GUAYAQUIL |   |                                       |        | TARQUI                |   |               |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| 08                                                | CALLE                         |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       | 09     | NÚMERO                |   |               |    | 10        | TELÉFONO:             |    |            |            | 0 | 4        | 2 | 2 | 8 | 1 | 0 | 4 | 6 |       |  |  |  |  |  |  |
| KENNEDY OESTE CALLE G                             |                               |  |    |           |    |        |   |           |   | 0704                                  |        |                       |   | FAX:          |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| 11                                                | INTERSECCIÓN                  |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       | 12     | EDIFICIO C. COMERCIAL |   |               |    | 13        | PISO, DEPTO., OFICINA |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| SECCION GAMA                                      |                               |  |    |           |    |        |   |           |   | CLINICA KENNEDY                       |        |                       |   | CONSULTORIO 3 |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| 14                                                | ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       | 15     | CÓD. ACTIV.           |   |               |    | 16        | EMAIL                 |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| PRESTAR ASISTENCIA Y ATENCION MEDICA Y PEDIATRICA |                               |  |    |           |    |        |   |           |   | N   8   5   1   1                     |        |                       |   |               |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| 17                                                | REPRESENTANTE LEGAL           |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       | 18     | CÉDULA                |   |               |    | 19        | CARGO                 |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| ROBALINO PATIÑO HECTOR ALFREDO                    |                               |  |    |           |    |        |   |           |   | 0   9   0   3   2   8   3   6   0   4 |        |                       |   | PRESIDENTE    |    |           |                       |    |            |            |   |          |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| 20                                                | PERSONAL OCUPADO              |  |    |           |    |        |   |           |   |                                       | 21     | AUDITOR EXTERNO       |   |               |    |           |                       |    |            |            |   | R.N.A.E. |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN                                         |                               |  |    |           |    |        |   |           |   | ADMINISTRACIÓN                        |        |                       |   |               |    |           |                       |    |            | PRODUCCIÓN |   |          |   |   |   |   |   |   |   | OTROS |  |  |  |  |  |  |

**B.- NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS 2/.**

1/ Codificación de la Inversión Extranjera      1: Inversión Extranjera Directa    2: Inversión Subregional    3: Inversión Nuestrá    4: Inversión de extranjeros calificada como Nacional

|              |               |
|--------------|---------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>240,00</b> |
|--------------|---------------|

**NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO NO SE ACEPTARÁ CON ENMENDADURAS O TACHONES**

FECHA DE PRESENTACIÓN

| AÑO |  |  | MES |  | DÍA |  |
|-----|--|--|-----|--|-----|--|
|     |  |  |     |  |     |  |

Sifrah Rohan P  
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**