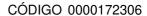


FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMP	PAÑÍA			
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		EXPEDIENTE
HOODGROUP ECUADOR CIA. LTDA.		1792071623001		157251
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
		PICHINCHA	QUITO	
CIUDADELA		BARRIO	CALLE	NÚMERO
		LA MARISCAL	AV. 10 DE AGOSTO	18-31
INTERSECCIÓN/MANZANA	SAN GREGORIO		CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	SAN MIGUEL		BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	23		KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	HOSPITAL BACA ORTIZ		CAMINO	
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 1	2508676
CORREO ELECTRÓNICO 1	tulio.navarrete@goadprick	com	TELEFONO 2	
CORREO ELECTRÓNICO 2	bvillacis.asesores@gmail.	com	CELULAR	0998187084
SITIO WEB			FAX	2237615
IDENTIFICACIÓN DEL DOMI	CILIO LEGAL			
PROVINCIA	PICHINCHA		CANTON	QUITO
INFORMACIÓN Y DOMICILIO	DEL REPRESENTAN	NTE LEGAL O	APODERADO	
TIPO DE PERSONA	PERSONA NAT	URAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SALAZAR JAIM	1E		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA		No. DE IDENTIFICACIÓN	1714548631
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL INDIVIDUAL			NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENEI	RAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL	1/00/07 10:00 1		CANTON	QUITO
NOMBRAMIENTO EN EL REGIS	STRO 1/29/07 12:00 A	M	PARROQUIA	QUITO
MERCANTIL				
CIUDADELA			BARRIO	
CALLE	AV 10 DE AGOS	STO	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	COLON		CONJUNTO	
BLOQUE			EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA			KM	
CAMINO			REFERENCIA UBICACIÓ	
CORREO ELECTRÓNICO	navarretetulio@	gmail.com	TELEFONO	022508676
			CELULAR	0984051812

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.







FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA							
ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	Χ				
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	Χ				
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	Χ				

Nombre: SALAZAR JAIME Identificación 1714548631

REPRESENTANTE LEGAL

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.