



VERA ABOGADOS ASOCIADOS

40 Años  
1972-2012

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO



No. 14-094289-00003-0000

Fecha: 2014-08-20 16:53:08 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 2 PATENTES Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 608 MODIFICASOLICIT Folios: 8

Señor Jefe  
Dirección de Nuevas Creaciones  
Superintendencia de Industria y Comercio  
E. S. D.

No. 14-094289-00003-0000  
Fecha: 2014-08-20 16:53:08 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 2 PATENTES Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 329 CTOINFORMACION Folios: 8

Expediente : No. **14-094289**

Referencia : Solicitud patente de invención denominada:  
**"DISPOSITIVO ELÁSTICO Y MÉTODO PARA MEJORAR EL  
CRECIMIENTO DEL FRUTO DE LAS PLANTAS DE LA FAMILIA  
MUSÁCEAS MEDIANTE DICHO DISPOSITIVO"**.

Solicitante : **RUBBER TECH S.A.**

### **I. MODIFICACIÓN Y COMPLEMENTO A LA SOLICITUD EN TRÁMITE**

Yo, **CAROLINA VERA MATIZ**, obrando como apoderada de la sociedad solicitante,  
Atentamente me permito anexar:

1. Formulario de corrección, mediante el cual solicitó la asignación del nombre del inventor de la patente en referencia.
2. Petitorios debidamente corregidos.
3. Poder otorgado por la sociedad: **RUBBER TECH S.A.**, debidamente firmado.

Cordialmente,

**CAROLINA VERA MATIZ**  
**C.C. No. 52.225.999**  
**T.P. 91835**

Oficina Principal/Main Office  
Calle 70 A No. 11 - 43, Bogotá D.C. Colombia.  
Tel 571+3176650 /3127928 Fax 571+2126167/  
6062872

Quito, Ecuador  
Avda. 6 de Diciembre y La Niña - Edificio Multicentro  
Ofc.603  
Tel. (593) 2-2555208 Fax.(593) 2-2297528.

Web: [www.veraabogadossa.com](http://www.veraabogadossa.com)

E-mail: [vera@veraabogadossa.com](mailto:vera@veraabogadossa.com)

Miembros de/Members of: PRAGMA, EEIG.International network of law firms

**DIRECCIÓN DE NUEVAS CREACIONES**  
**MODIFICACIONES Y/O CORRECCIONES**

**1. Identificación del Trámite**

☐ Error material

☒ Modificación a una Solicitud en trámite

☒ Patente de Invención

☐ Patente de Modelo de Utilidad

☐ Registro de Diseño Industrial

☐ Esquema de Trazado de Circuitos Integrados

**2. Datos del solicitante**

Persona Natural ☐

Persona Jurídica ☒

**RUBBER TECH S.A.**

Nombre o denominación / Nombre o razón social completa

Nombre representante legal

Tipo de empresa

Micro ☐

Pequeña ☐

Mediana ☐

Otra ☐

Documento de identificación:

☐ C.C.

☐ C.E.

☐ NIT

☒ Otro Número

| Nacionalidad/País de constitución | Dirección y domicilio del titular                      | Ciudad            |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| GUATEMALA                         | Carretera al Mayan Golf Parque Industrial Las Americas | VILLA NUEVA       |
| Dirección electrónica             | No. Fax                                                | Número telefónico |
|                                   |                                                        |                   |

**3. Datos del apoderado:**

**CAROLINA VERA MATIZ**

**52.225.999**

**91835**

Apellidos y Nombre

Documento de identificación

Tarjeta profesional

|                          |         |                   |
|--------------------------|---------|-------------------|
| Dirección y domicilio    |         | Ciudad            |
| Calle 70 A No. 11-43     |         | Bogotá D.C.       |
| Dirección electrónica    | No. Fax | Número telefónico |
| cvera@veraabogadossa.com | 3127928 | 3176650           |

En caso de haber presentado poder general para asuntos que se adelanten ante la Delegatura de Propiedad Industrial, sírvase indicar el número de su radicación o protocolo de poder general

## 4. Datos del trámite

## Corrección:

Expediente No 14-094289

Aparece **SIN INVENTOR**Debe ser **JOSE LUIS GABRIEL DE LA FUENTE ESCALER**

## Modificación:

☐

Modificación al capítulo reivindicatorio.

☐

Modificación al capítulo descriptivo.

☐

Modificación al resumen.

☐

Modificación a los dibujos.

☒

Modificación al inventor.

DE: **SIN ESTABLECER**A: **JOSE LUIS GABRIEL DE LA FUENTE ESCALER**

## 5. Anexos

☒

Comprobante de pago de la tasa para la presentación de la corrección y/o modificación

☒

Poder, si fuere el caso.

☐

Documento que contiene las modificaciones o correcciones.

☐

Copia de la solicitud y sus anexos en formato magnético.

## 6. Firma

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <i>Caroline Vera Martinez</i> | <i>[Firma]</i>            |
| Nombre y apellidos            | Firma                     |
| 52.225.996                    |                           |
| C.C.                          | Tarjeta Profesional 91835 |

4

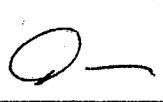
VERA ABOGADOS ASOCIADOS S.A.



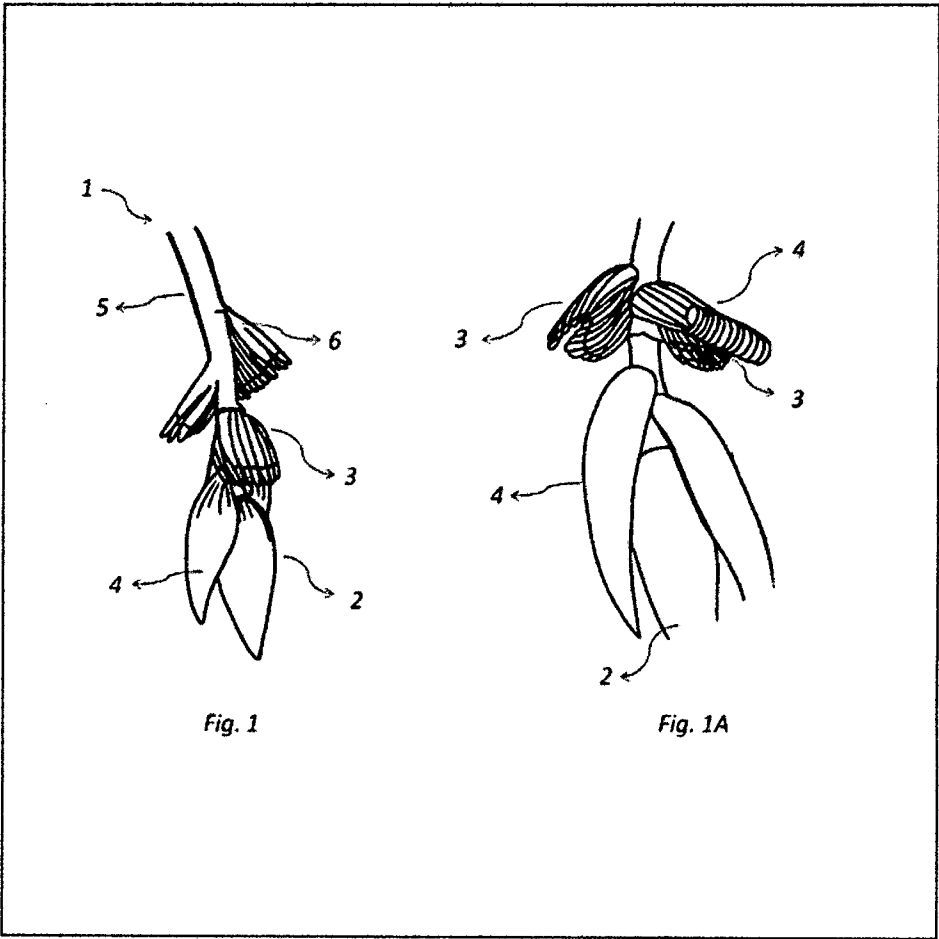
Espacio reservado para el adhesivo de radicación

DIRECCIÓN DE NUEVAS CREACIONES  
SOLICITUD DE PATENTE - NACIONAL

|                                                                                                                                                                |                                                                                               |                                                           |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                              | TIPO DE SOLICITUD                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Patente de invención  | <input type="checkbox"/> Patente de Modelo de Utilidad |
| 2                                                                                                                                                              | TITULO DE LA INVENCION                                                                        | 3                                                         | CIP Clasificación Internacional de Patentes            |
| DISPOSITIVO ELÁSTICO Y MÉTODO PARA MEJORAR EL CRECIMIENTO DEL FRUTO DE LAS PLANTAS DE LA FAMILIA MUSÁCEAS MEDIANTE DICHO DISPOSITIVO                           |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 4                                                                                                                                                              | SOLICITANTE(s)                                                                                | <input type="checkbox"/> Esta persona también es inventor |                                                        |
| RUBBER TECH, S.A.                                                                                                                                              |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| Documento de identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> Otro |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 5                                                                                                                                                              | DATOS DEL SOLICITANTE                                                                         |                                                           |                                                        |
| Nacionalidad / País de Constitución                                                                                                                            |                                                                                               | Dirección del Titular                                     |                                                        |
| GUATEMALA                                                                                                                                                      |                                                                                               | Carretera al Mayan Golf Parque Industrial Las Americas    |                                                        |
| País GUATEMALA                                                                                                                                                 |                                                                                               | Ciudad VILLA NUEVA                                        |                                                        |
| Correo electrónico vera@veraabogadossa.com                                                                                                                     |                                                                                               | No. Fax 2126167                                           | Número telefónico: 3127928                             |
| 6                                                                                                                                                              | INVENTOR(es)                                                                                  |                                                           |                                                        |
| NOMBRE                                                                                                                                                         |                                                                                               | NACIONALIDAD                                              |                                                        |
| 1.                                                                                                                                                             | JOSE LUIS GABRIEL DE LA FUENTE ESCALER                                                        | GUATEMALA                                                 |                                                        |
| 2.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 3.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 4.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 7                                                                                                                                                              | DATOS INVENTOR(es)                                                                            |                                                           |                                                        |
| PAIS RESIDENCIA                                                                                                                                                |                                                                                               | CIUDAD                                                    | DIRECCIÓN                                              |
| 1.                                                                                                                                                             | GUATEMALA                                                                                     | VILLA NUEVA                                               | Carretera al Mayan Golf Parque Industrial Las Americas |
| 2.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 3.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 4.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           |                                                        |
| 8                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input checked="" type="checkbox"/> APODERADO    |                                                           |                                                        |
| CAROLINA VERA MATIZ                                                                                                                                            |                                                                                               | No. Documento identidad 52225999                          | No. Tarjeta profesional T.P. 91835 del C.S. de la      |
| Dirección para envío de correspondencia Calle 70 A # 11 -43                                                                                                    |                                                                                               | Correo electrónico cvera@veraabogadossa.com               |                                                        |
| País Colombia                                                                                                                                                  |                                                                                               | No. Telefónico 3176650                                    |                                                        |
| Estado - Ciudad Bogotá D.C.                                                                                                                                    |                                                                                               | No. Fax 3127928                                           |                                                        |
| 9                                                                                                                                                              | DECLARACIONES DE PRIORIDAD <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |                                                           |                                                        |
| (33) PAÍS DE ORIGEN                                                                                                                                            |                                                                                               | CÓDIGO PAÍS                                               | (31) NÚMERO                                            |
| 1.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           | (32) FECHA DD/MM/AAAA                                  |
| 2.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           | //                                                     |
| 3.                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                           | //                                                     |

| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DECLARACIÓN SOBRE USO DE RECURSOS GENÉTICOS O BIOLÓGICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|------------------------|--|----------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Declaro que el objeto de la presente solicitud de patente fue obtenido a partir de recursos genéticos o biológicos de los que cualquiera de los países miembros de la Comunidad Andina es país de origen.<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>Nota: En caso afirmativo deberá anexar copia del contrato de acceso de recursos genéticos o productos derivados, o certificado o numero de registro, expedido por la Autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DECLARACIÓN SOBRE USO DE CONOCIMIENTOS TRADICIONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| Declaro que el objeto de la presente solicitud de patente fue obtenido a partir de conocimientos tradicionales de comunidades indígenas, afroamericanas o locales de países miembros de la Comunidad Andina.<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>Nota: En caso afirmativo deberá anexar la licencia o autorización de uso de conocimiento tradicional, o certificado o numero de registro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>REDUCCIÓN DE TASAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| Declaro que carezco de medios económicos para presentar la solicitud de patente.<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>Nota: En caso de ser persona natural y carecer de medios económicos, y por lo tanto, aplique la reducción de tasas a que se refiere la resolución vigente en tarifas, debe firmar la presente solicitud bajo la gravedad de juramento.<br><br>Micro, pequeñas y medianas empresas <input type="checkbox"/><br>Universidades públicas o privadas <input type="checkbox"/><br>Entidades sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/><br>Debe aportar los documentos que se indican en el numeral 17 de anexos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN EN LÍNEA</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| Manifiesto que he leído y entendido perfectamente los términos y condiciones de uso de medios electrónicos para las notificaciones en línea a través de Internet de los actos administrativos proferidos por la Superintendencia de Industria y Comercio que deben ser notificados personalmente y, en consecuencia, autorizo el servicio de notificación a través de internet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>PARA PUBLICAR A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA PRIORIDAD INVOCADA:</b><br>Si es patente de invención<br><input type="checkbox"/> 6 MESES <input type="checkbox"/> 12 MESES <input type="checkbox"/> 18 MESES<br><input checked="" type="checkbox"/> Otro Cual: INMEDIATA                                        | 15 <b>Comprobante de pago o pago electrónico</b><br>Si es patente de Modelo de Utilidad<br><input type="checkbox"/> 6 MESES <input type="checkbox"/> 12 MESES <input type="checkbox"/> 18 MESES<br><input type="checkbox"/> Otro Cual:<br>No. _____<br>Fecha / / |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>FIRMA DEL SOLICITANTE, DEL APODERADO O DEL REPRESENTANTE LEGAL</b><br>Junto a cada firma, indicar el nombre del firmante y su calidad (si tal calidad no es obvia al leer el petitorio)<br><br><div style="text-align: center;"></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Documentación Técnica</th><th colspan="2">Documentación Jurídica</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. <input checked="" type="checkbox"/> Descripción</td><td>N° de folios: 0</td><td>11. <input checked="" type="checkbox"/> Poderes, si fuera el caso</td><td></td></tr><tr><td>2. <input checked="" type="checkbox"/> Reivindicaciones</td><td>N° Reivindicaciones: 0</td><td>12. <input checked="" type="checkbox"/> Documento que legalmente pruebe la cesión del inventor al solicitante o a su causante</td><td></td></tr><tr><td>3. <input checked="" type="checkbox"/> Dibujos y/o figuras</td><td>N° folios: 0</td><td>13. <input type="checkbox"/> Copia del contrato de acceso de recursos genéticos o productos derivados, o certificado o numero de registro, si fuera el caso.</td><td></td></tr><tr><td>4. <input checked="" type="checkbox"/> Resumen</td><td></td><td>14. <input type="checkbox"/> Copia de la licencia o autorización de conocimientos tradicionales, o certificado o numero de registro, si fuera el caso.</td><td></td></tr><tr><td>5. <input type="checkbox"/> Documento de Prioridad</td><td></td><td>15. Reducción de tasas</td><td></td></tr><tr><td>6. <input type="checkbox"/> Traducción del documento de prioridad.</td><td></td><td>Micro, pequeñas o medianas empresas</td><td></td></tr><tr><td>7. <input type="checkbox"/> Certificado de depósito de material biológico si fuera el caso</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Copia simple de la declaración de renta del año inmediatamente anterior, o en su defecto prueba documental idónea</td><td></td></tr><tr><td>8. <input type="checkbox"/> Listado de secuencias de nucleótidos y/o aminoácidos en forma digital si fuera el caso.</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Documento de constancia de cumplimiento con lo establecido en la ley 905 de 2004</td><td></td></tr><tr><td>9. <input checked="" type="checkbox"/> Arte final 12 x 12</td><td></td><td>Universidades públicas o privadas</td><td></td></tr><tr><td>10. <input type="checkbox"/> Anexo formato digital</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Copia acto de reconocimiento institucional emitido por el Ministerio de Educación</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Entidades sin ánimo de lucro</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Copia de registro vigente en Cámara de comercio.</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Hoja de información complementaria.</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros, especificar</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>16. <input checked="" type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa de presentación de la solicitud.</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>17. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación de prioridad.</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>18. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa por concepto de excedente palabras en la publicación.</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>19. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación adicional a 10.</td><td></td></tr></tbody></table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Documentación Técnica |  | Documentación Jurídica |  | 1. <input checked="" type="checkbox"/> Descripción | N° de folios: 0 | 11. <input checked="" type="checkbox"/> Poderes, si fuera el caso |  | 2. <input checked="" type="checkbox"/> Reivindicaciones | N° Reivindicaciones: 0 | 12. <input checked="" type="checkbox"/> Documento que legalmente pruebe la cesión del inventor al solicitante o a su causante |  | 3. <input checked="" type="checkbox"/> Dibujos y/o figuras | N° folios: 0 | 13. <input type="checkbox"/> Copia del contrato de acceso de recursos genéticos o productos derivados, o certificado o numero de registro, si fuera el caso. |  | 4. <input checked="" type="checkbox"/> Resumen |  | 14. <input type="checkbox"/> Copia de la licencia o autorización de conocimientos tradicionales, o certificado o numero de registro, si fuera el caso. |  | 5. <input type="checkbox"/> Documento de Prioridad |  | 15. Reducción de tasas |  | 6. <input type="checkbox"/> Traducción del documento de prioridad. |  | Micro, pequeñas o medianas empresas |  | 7. <input type="checkbox"/> Certificado de depósito de material biológico si fuera el caso |  | <input type="checkbox"/> Copia simple de la declaración de renta del año inmediatamente anterior, o en su defecto prueba documental idónea |  | 8. <input type="checkbox"/> Listado de secuencias de nucleótidos y/o aminoácidos en forma digital si fuera el caso. |  | <input type="checkbox"/> Documento de constancia de cumplimiento con lo establecido en la ley 905 de 2004 |  | 9. <input checked="" type="checkbox"/> Arte final 12 x 12 |  | Universidades públicas o privadas |  | 10. <input type="checkbox"/> Anexo formato digital |  | <input type="checkbox"/> Copia acto de reconocimiento institucional emitido por el Ministerio de Educación |  |  |  | Entidades sin ánimo de lucro |  |  |  | <input type="checkbox"/> Copia de registro vigente en Cámara de comercio. |  |  |  | <input type="checkbox"/> Hoja de información complementaria. |  |  |  | <input type="checkbox"/> Otros, especificar |  |  |  | 16. <input checked="" type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa de presentación de la solicitud. |  |  |  | 17. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación de prioridad. |  |  |  | 18. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa por concepto de excedente palabras en la publicación. |  |  |  | 19. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación adicional a 10. |  |
| Documentación Técnica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documentación Jurídica                                                                                                                                                                                                                                           |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° de folios: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11. <input checked="" type="checkbox"/> Poderes, si fuera el caso                                                                                                                                                                                                |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 2. <input checked="" type="checkbox"/> Reivindicaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N° Reivindicaciones: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 12. <input checked="" type="checkbox"/> Documento que legalmente pruebe la cesión del inventor al solicitante o a su causante                                                                                                                                    |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 3. <input checked="" type="checkbox"/> Dibujos y/o figuras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | N° folios: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 13. <input type="checkbox"/> Copia del contrato de acceso de recursos genéticos o productos derivados, o certificado o numero de registro, si fuera el caso.                                                                                                     |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 4. <input checked="" type="checkbox"/> Resumen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 14. <input type="checkbox"/> Copia de la licencia o autorización de conocimientos tradicionales, o certificado o numero de registro, si fuera el caso.                                                                                                           |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 5. <input type="checkbox"/> Documento de Prioridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 15. Reducción de tasas                                                                                                                                                                                                                                           |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 6. <input type="checkbox"/> Traducción del documento de prioridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Micro, pequeñas o medianas empresas                                                                                                                                                                                                                              |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 7. <input type="checkbox"/> Certificado de depósito de material biológico si fuera el caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Copia simple de la declaración de renta del año inmediatamente anterior, o en su defecto prueba documental idónea                                                                                                                       |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 8. <input type="checkbox"/> Listado de secuencias de nucleótidos y/o aminoácidos en forma digital si fuera el caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Documento de constancia de cumplimiento con lo establecido en la ley 905 de 2004                                                                                                                                                        |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 9. <input checked="" type="checkbox"/> Arte final 12 x 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Universidades públicas o privadas                                                                                                                                                                                                                                |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
| 10. <input type="checkbox"/> Anexo formato digital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Copia acto de reconocimiento institucional emitido por el Ministerio de Educación                                                                                                                                                       |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Entidades sin ánimo de lucro                                                                                                                                                                                                                                     |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Copia de registro vigente en Cámara de comercio.                                                                                                                                                                                        |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Hoja de información complementaria.                                                                                                                                                                                                     |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Otros, especificar                                                                                                                                                                                                                      |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 16. <input checked="" type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa de presentación de la solicitud.                                                                                                                                                          |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 17. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación de prioridad.                                                                                                                                                                                |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 18. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa por concepto de excedente palabras en la publicación.                                                                                                                                                |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 19. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación adicional a 10.                                                                                                                                                                              |                       |  |                        |  |                                                    |                 |                                                                   |  |                                                         |                        |                                                                                                                               |  |                                                            |              |                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                                                                                                        |  |                                                    |  |                        |  |                                                                    |  |                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                            |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                           |  |                                                           |  |                                   |  |                                                    |  |                                                                                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                           |  |  |  |                                                              |  |  |  |                                             |  |  |  |                                                                                                         |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |

**DISPOSITIVO ELÁSTICO Y MÉTODO PARA MEJORAR EL  
CRECIMIENTO DEL FRUTO DE LAS PLANTAS DE LA FAMILIA  
MUSÁCEAS MEDIANTE DICHO DISPOSITIVO**

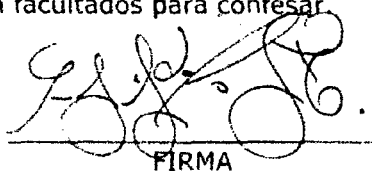


Fundada en 1972  
Bogotá, D.C., República de Colombia  
ABOGADOS ESPECIALISTAS  
Propiedad Industrial y Derechos de Autor  
Derecho Comercial y Derecho Administrativo  
BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA

0004992

## Poder (Persona Jurídica) Representación y Apoderamiento

El (los) suscrito (s) José Luis Gabriel de la Fuente Escaler actuando en nombre y representación de la sociedad **RUBBER TECH, S.A.**, con domicilio en **VILLA NUEVA - GUATEMALA**, por el presente documento y para los efectos previstos en los artículos 543, parágrafo 1º, 597 del Código de Comercio Colombiano, nombra (mos) a los doctores **CAROLINA VERA MATIZ y/o JORGE E. VERA VARGAS y/o NATALIA VERA MATIZ y/o MAURICIO CHEYNE TENORIO y/o PATRICIA MUÑOZ DAZA y/o GUSTAVO BLANCO PINTO**, todos de nacionalidad Colombiana, mayores de edad, domiciliados en la CALLE 70 A No.11-43 de Bogotá, D.C., Colombia, el primero como principal y los demás como suplentes como mis (nuestros) representantes y apoderados en todos los asuntos concernientes a la Propiedad Industrial. El primer representante y apoderado suplente, reemplazará al principal en caso de ausencia o impedimento temporal o definitivo de éste. La misma regla se aplicará cuando el segundo representante y apoderado suplente haya de reemplazar al primero. Para que se entienda consumada la ausencia o impedimento para actuar del representante y/o apoderados principal (quien podrá reasumir el poder de representación y/o apoderamiento por el sólo hecho de ejercerlo) será suficiente que el primer suplente asuma la representación y/o apoderamiento. Igual regla se aplicará cuando el segundo representante y apoderado suplente haya de reemplazar al primero. Los representantes y apoderados antes designados, quedan autorizados para recibir notificaciones y representarnos ante cualesquiera entidades o personas, ejerzan o no jurisdicción, especialmente ante las del orden administrativo, contencioso administrativo y judicial, en todo lo concerniente a los siguientes asuntos: a) Solicitud de patentes de invención, patentes de modelos de utilidad, y diseños industriales, registro de marcas, registro o depósito de nombres comerciales o enseñas; prórrogas de patentes y renovaciones de registros, traspasos, cambios de nombre, cambios de domicilio del titular, cancelación voluntaria de registros y licencias de uso sobre Nuevas Creaciones o Signos Distintivos. b) Acciones de oposición, observaciones, cancelaciones, nulidad, medidas cautelares, competencia desleal, impedimento y prohibiciones de usos. c) Trámites de registros ante el Ministerio de Salud, o ante la autoridad administrativa competente d) En general, los juicios civiles, penales, administrativos o contencioso administrativos que promovamos o se nos promuevan relacionados con los asuntos antes mencionados. Los citados apoderados y representantes, quedan igualmente autorizados para sustituir el presente mandato, transigir, conciliar, otorgar licencias de uso, desistir, cancelar, recibir, renunciar, revocar sustituciones y reasumir, y ratificar los actos efectuados por agentes oficiosos. En todo caso no quedan facultados para confesar.

  
FIRMA

## SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT : 800.176.089-2

-/-

7



## RECIBO DE CAJA

No. 14 - 0089069

Bogotá D.C., Agosto 20 de 2014 - 16:23:44

RECIBIDO DE : VERA ABOGADOS ASOCIADOS S.A.

NI 830.026.910

RE

## \*\*\* Soporte del Pago \*\*\*

| TIPO PAGO    | BANCO           | CUENTA    | No. PAGO  | FECHA PAGO | VR PAGO      |
|--------------|-----------------|-----------|-----------|------------|--------------|
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 608598896 | 20/08/2014 | 66.000.00    |
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 618765545 | 20/08/2014 | 2.318.000.00 |
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 618765556 | 20/08/2014 | 21.000.00    |
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 618765560 | 20/08/2014 | 21.000.00    |
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 636805750 | 20/08/2014 | 36.000.00    |

## \*\*\* Conceptos Pagados \*\*\*

CANT. RENTISTICO

CONCEPTO

Vr.UNDITARIO Vr.CONCEPTO

1 50005-01-03 CAMBIO DE MODALIDAD Y MODIFICACIONES N. CREACION MODIFICACIONES Y CORRECCIONES TRAMITES CAMB

21.000.00

21.000.00

\$21.000.00

SON: \*\*VEINTIUN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE\*\*\*

Responsable: \_\_\_\_\_

Recibo de Caja Aplicado al Expediente No. \_\_\_\_\_

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO



No. 14-094289-00003-0000

Fecha: 2014-08-20 16:53:08 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 2 PATENTES Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 608 MODIFICASOLICIT Folios: 8No. 14-094289-00003-0000  
Fecha: 2014-08-20 16:53:08 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 2 PATENTES Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 329 CTOINFORMACION Folios: 8

Sede Centro: Carrera 13 No. 27 - 00 Pisos 3,4,5 y 10 Bogotá, D.C.- Colombia

Web: www.sic.gov.co e-mai: info@sic.gov.co Conmutador: (571) 5870000 Fax: (571) 5870284 Línea: 018000-910165 Cali Center: (571) 6513240

Agosto 20 de 2014 - 16:23:46