



No. 14-071616- -00005-0000

Fecha: 2014-12-29 17:21:47 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 3 MODELO Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 538 PETICION Folios: 2

Valledupar, 22 de Diciembre de 2014

Señores:

**SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO**  
Bogotá

**Rad: 14-71616**

**Título Invención: CANTINA ISOTERMICA PARA CONTRIBUIR CON EL MANTENIMIENTO DEL RECuento BACTERIANO PARA EVITAR LA ACIDIFICACION DE LA LECHE.**

**Ref: SOLICITUD EXAMEN DE PATENTABILIDAD DE LA SOLICITUD DE PATENTE DE MODELO DE UTILIDAD.**

**Cordial Saludo;**

En atención a que la solicitud de Patente de Modelo de Utilidad con la Radicación de la referencia ya fue publicada en la Gaceta de la Propiedad Industrial muy comedidamente me permito solicitar el Examen de Patentabilidad, toda vez que me encuentro dentro de los términos establecidos en cuanto la publicación se efectuó el 9 de Octubre de 2014 y a la fecha de esta solicitud solo han transcurrido 2 meses y 13 días y el término legal para solicitar este examen es de 3 meses.

Por otro lado la tasa correspondiente para el Examen de Patente ya fue cancelado por valor de \$ 340.000 pesos, se anexa el recibo de pago.

Se envía a través de correo certificado en medio físico esta solicitud con los documentos anexos. (Comprobante de pago y guía de envío).

Para lo de su competencia y Fines pertinentes,

Agradezco su gestión Cordialmente,

**CARLOS ALBERTO GUTIERREZ DE PIÑERES ROCHA**  
Solicitante- Inventor

## SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT : 800.176.089-2

- / -

2

Industria y Comercio  
SUPERINTENDENCIA

## RECIBO DE CAJA

No. 14 - 139192

Bogotá D.C., Diciembre 29 de 2014 - 11:34:50

RECIBIDO DE : CARLOS ALBERTO GUTIERREZ DE PIÑEROS

CC 77.021.148

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

| TIPO PAGO    | BANCO           | CUENTA    | No. PAGO  | FECHA PAGO | VR. PAGO   |
|--------------|-----------------|-----------|-----------|------------|------------|
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 654338020 | 22/12/2014 | 340.000.00 |

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

| CANT. | RENTISTICO              | CONCEPTO                                          | Vr.UNDITARIO | Vr.CONCEPTO  |
|-------|-------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 1     | 50005-01-01 SOLICITUDES | 86 EXAMEN DE PATENTABILIDAD DE MODELO DE UTILIDAD | 340.000.00   | 340.000.00   |
|       |                         |                                                   |              | \$340.000.00 |
|       |                         |                                                   | =====        |              |

SON: \*\*TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE\*\*\*

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

-\*\*\*\*\*-

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

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO



No. 14-071616- -00005-0000

Fecha: 2014-12-29 17:21:47 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 3 MODELO Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 538 PETICION Folios: 2

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 Call Center: (571) 6513240

, Diciembre 29 de 2014 - 11:34:50



**Servientrega**  
Centro de Soluciones

**Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3.** Grandes contribuyentes Resolución DIAN: 8836 de Dic. 18/1998. Autotenedores Resolución DIAN: 09698 de Nov. 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA. Autorización Numeración Resolución DIAN: 310000077062. 2014/03/21. Prefijo 7 desde el 208000001 al 218000000 Autoriza. Atención al usuario: [www.servientrega.com](http://www.servientrega.com) Tel.: 7700200 Fax: 7700380 Ext. 110045 Principal. Avenida Calle 6 No. 34A T1 Bogotá D.C. Colombia

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| FECHA                       | HORA |
| FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA |      |

**FACTURA DE VENTA No.**



7 2 1 0 3 4 9 1 9 5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                  |                                   |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| CÓDIGO DESTINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          | CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO |                                   | MODO DE TRANSPORTE                                                                                  |   | TIEMPO DE ENTREGA                                               |                          | FORMA DE PAGO                                                                                                                                          |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <b>REMITENTE</b><br>Nombre:<br>Dirección:<br>Ciudad: País:<br>Dpto: C.C./NIT:<br>e-mail: Tel/Cel:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                  |                                   | <b>DESTINATARIO</b><br>Nombre:<br>Dirección:<br>e-mail:<br>Cód. Postal: C.C./NIT:<br>Tel/cel: País: |   |                                                                 |                          | <b>DATOS ENVÍO</b><br>VOL: / /<br>PESO(Kg):<br><b>PIEZAS:</b> /<br>No. Sobreporte:<br>No. Remisión:<br>No. Factura:<br>No. Bolsa Seguridad:<br>Ref. I: |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Vr. Declarado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          | Vr. Flete                        |                                   | Vr. Mens. expresa                                                                                   |   | Vr. Sobre flete                                                 |                          | Vr. Total                                                                                                                                              |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Dice contener:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          | Observaciones para la entrega:   |                                   | Observaciones en la entrega:                                                                        |   | Fecha y hora de entrega                                         |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Quien entrega:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                  |                                   |                                                                                                     |   | RECIBI A CONFORMIDAD, NOMBRE LEGIBLE DESTINATARIO, SELLO Y D.I. |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <b>CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO</b><br><table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Desconocido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Rehusado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No reside</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No reclamado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dirección errada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otros (Novedad operativa/Cerrado)</td> </tr> </table> |                          |                                  | 1                                 | 2                                                                                                   | 3 |                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Desconocido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rehusado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No reside | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No reclamado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dirección errada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros (Novedad operativa/Cerrado) | <b>FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:</b><br><table border="1"> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | 1 |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  | <b>FIRMA, SELLO DEL REMITENTE</b><br>El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. <a href="http://www.Servientrega.com">www.Servientrega.com</a> y en las carteleras ubicadas en Centros de Soluciones; que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2                        | 3                                |                                   |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | Desconocido                       |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | Rehusado                          |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | No reside                         |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | No reclamado                      |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | Dirección errada                  |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | Otros (Novedad operativa/Cerrado) |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                  |                                   |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                  |                                   |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                  |                                   |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                  |                                   |                                                                                                     |   |                                                                 |                          |                                                                                                                                                        |                          |             |                          |                          |                          |          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |

CODIGO CDS/SER:

Quién recibe:

Ministerio de Transporte: Licencia No. 805 de Marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No 1776 de Sept. 7/2010

7 210349195

IMPRESO POR LEGIS NIT. 860.004.000-0 TEL. 4 250 255 - 2444/00725