



No. 13-240035- -00000-0000

Fecha: 2013-10-09 12:53:26 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 3 MODELO Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 411 PRESENTACION Folios: 9



# Industria y Comercio

SUPERINTENDENCIA

DELEGATURA DE PROPIEDAD INDUSTRIAL

División de Nuevas Creaciones

## SOLICITUD PATENTE DE MODELO DE UTILIDAD

21. EXPEDIENTE No. \_\_\_\_\_

54. TÍTULO SILLASANITARIO PARA NIÑO (A)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL \_\_\_\_\_

71. SOLICITANTE Jose Ignacio Rios Romero

DOMICILIO Kr 22- 281 MADRID CUNDINAMARCA

74. APODERADO \_\_\_\_\_

22. BOGOTÁ, D. C., \_\_\_\_\_

Industria y Comercio  
SUPERINTENDENCIA

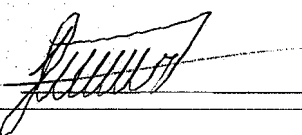
SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

No. 13-240035- -00000-0000

Fecha: 2013-10-09 12:53:26 Dep. 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 3 MODELO Eve: 1 REGDEPOSITO  
Act. 411 PRESENTACION Folios: 9

DIRECCIÓN DE NUEVAS CREACIONES  
SOLICITUD DE PATENTE - NACIONAL

|                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| 1                                                                                                                            | TIPO DE SOLICITUD                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Patente de invención <input checked="" type="checkbox"/> Patente de Modelo de Utilidad |                |                                             |
| 2                                                                                                                            | TÍTULO DE LA INVENCIÓN (200 caracteres o espacios máximos)                                                                                    |                                                                                                                 | 3              | CIP Clasificación Internacional de Patentes |
|                                                                                                                              |                                                                                                                                               | Sillas sanitario para niño (a)                                                                                  |                |                                             |
| 4                                                                                                                            | SOLICITANTE (S) <input type="checkbox"/> Esta persona también es inventor. Para datos adicionales utilizar hoja de información complementaria |                                                                                                                 |                |                                             |
| APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL                                                                                                     |                                                                                                                                               | NOMBRE                                                                                                          | IDENTIFICACIÓN | TIPO                                        |
| Rios Romero                                                                                                                  |                                                                                                                                               | JOSE IGNACIO                                                                                                    | 80.383.123     | cc                                          |
| 5                                                                                                                            | DATOS DEL SOLICITANTE                                                                                                                         |                                                                                                                 |                |                                             |
| DIRECCIÓN                                                                                                                    |                                                                                                                                               | No. TELÉFONO                                                                                                    |                |                                             |
| CIUDAD                                                                                                                       |                                                                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO                                                                                              |                |                                             |
| DEPARTAMENTO/ESTADO                                                                                                          |                                                                                                                                               | NACIONALIDAD O                                                                                                  |                |                                             |
| PAÍS DE RESIDENCIA                                                                                                           |                                                                                                                                               | LUGAR DE CONSTITUCIÓN                                                                                           |                |                                             |
| Kr 22 - n. 2-81                                                                                                              |                                                                                                                                               | 3122458365 - 310887647                                                                                          |                |                                             |
| MADRID                                                                                                                       |                                                                                                                                               | jignacioar@hotmail.com                                                                                          |                |                                             |
| CUNDINAMARCA                                                                                                                 |                                                                                                                                               | Colombia                                                                                                        |                |                                             |
| 6                                                                                                                            | INVENTOR (ES) Para datos adicionales utilizar hoja de información complementaria                                                              |                                                                                                                 |                |                                             |
| APELLIDOS                                                                                                                    |                                                                                                                                               | NOMBRES                                                                                                         | NACIONALIDAD   |                                             |
| Rios Romero                                                                                                                  |                                                                                                                                               | Jose Ignacio                                                                                                    | Colombiano     |                                             |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: jignacioar@hotmail.com.                                                                     |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                |                                             |
| 7                                                                                                                            | DATOS INVENTOR (ES) Para datos adicionales utilizar hoja de información complementaria                                                        |                                                                                                                 |                |                                             |
| PAÍS RESIDENCIA                                                                                                              |                                                                                                                                               | DEPARTAMENTO/ESTADO                                                                                             | CIUDAD         | DIRECCIÓN                                   |
| Colombia                                                                                                                     |                                                                                                                                               | CUNDINAMARCA                                                                                                    | MADRID         | Kr 22 - n. 2-81                             |
|                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                | B. Sociego                                  |
| OTRO(S) SOLICITANTE(S) Y/O (OTRO(S)) INVENTOR(ES)                                                                            |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                |                                             |
| <input type="checkbox"/> Los demás solicitantes y/o (demás) inventores se indican en una hoja de información complementaria. |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                |                                             |
| 8                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> APODERADO                                                               |                                                                                                                 |                |                                             |
| APELLIDOS                                                                                                                    |                                                                                                                                               | NOMBRES                                                                                                         | IDENTIFICACIÓN |                                             |
|                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                 | C.C. T.P.      |                                             |
| DIRECCIÓN                                                                                                                    |                                                                                                                                               | No. TELÉFONO                                                                                                    |                |                                             |
| CIUDAD                                                                                                                       |                                                                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO                                                                                              |                |                                             |
| PAÍS                                                                                                                         |                                                                                                                                               | No. RADICACIÓN O PROTOCOLO DE PODER GENERAL                                                                     |                |                                             |
| 9                                                                                                                            | DECLARACIONES DE PRIORIDAD <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                 |                                                                                                                 |                |                                             |
| (33) PAÍS DE ORIGEN                                                                                                          |                                                                                                                                               | CÓDIGO PAÍS                                                                                                     | (31) NÚMERO    | (32) FECHA (AAAA/MM/DD)                     |
|                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                |                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DECLARACIÓN SOBRE USO DE RECURSOS GENÉTICOS O BIOLÓGICOS                                                                                                                                   |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <i>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.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DECLARACIÓN SOBRE USO DE CONOCIMIENTOS TRADICIONALES                                                                                                                                       |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <i>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.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| Nota: En caso afirmativo deberá anexar la licencia o autorización de uso de conocimiento tradicional, o certificado o numero de registro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | REDUCCIÓN DE TASAS                                                                                                                                                                         |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <i>Declaro que carezco de medios económicos para presentar la solicitud de patente.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| Micro, pequeñas y medianas empresas <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| Universidades públicas o privadas <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| Entidades sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| Debe aportar los documentos que se indican en el numeral 17 de anexos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN EN LÍNEA <input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PARA PUBLICAR A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN O DE LA PRIORIDAD INVOCADA:                                                                                                             | 15      COMPROBANTE DE PAGO O PAGO ELECTRÓNICO |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses<br><input type="checkbox"/> Otro    Cual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | N° 55897168-S<br>Fecha 09-10-2013              |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Si es Patente de Invención <input type="checkbox"/> Si es Patente de Modelo de Utilidad<br><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses<br><input type="checkbox"/> Otro    Cual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FIRMA DEL SOLICITANTE, DEL APODERADO O DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><i>Junto a cada firma, indicar el nombre del firmante y su calidad (si tal calidad no es obvia al leer el petitorio)</i> |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| JOSE IGNACIO RIOS ROMERO<br><br>Código Desplazado - 670576<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANEXOS                                                                                                                                                                                     |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| <table><tr><td>Documentación Técnica</td><td>Documentación Jurídica</td></tr><tr><td>1. <input checked="" type="checkbox"/> Descripción      N° de folios:</td><td>11. <input type="checkbox"/> Poderes, si fuera el caso.</td></tr><tr><td>2. <input checked="" type="checkbox"/> Reivindicaciones      N° Reivindicaciones:</td><td>12. <input type="checkbox"/> Documento que legalmente pruebe la cesión del inventor al solicitante o a su causante.</td></tr><tr><td>3. <input checked="" type="checkbox"/> Dibujos y/o figuras      N° folios:</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></tr><tr><td>4. <input checked="" type="checkbox"/> Resumen.</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></tr><tr><td>5. <input type="checkbox"/> Documento de Prioridad.</td><td>15. Reducción de tasas</td></tr><tr><td>6. <input type="checkbox"/> Traducción del documento de prioridad.</td><td>    Micro, pequeñas o medianas empresas</td></tr><tr><td>7. <input type="checkbox"/> Certificado de depósito de material biológico si fuera el caso.</td><td>    <input type="checkbox"/> Copia simple de la declaración de renta del año inmediatamente anterior, o en su defecto prueba documental idónea.</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>    <input type="checkbox"/> Documento de constancia de cumplimiento con lo establecido en la ley 905 de 2004.</td></tr><tr><td>9. <input type="checkbox"/> Arte final 12 x 12.</td><td>    Universidades públicas o privadas</td></tr><tr><td>10. <input type="checkbox"/> Anexo formato digital.</td><td>    <input type="checkbox"/> Copia acto de reconocimiento institucional emitido por el Ministerio de Educación</td></tr><tr><td></td><td>    Entidades sin ánimo de lucro</td></tr><tr><td></td><td>    <input type="checkbox"/> Copia de registro vigente en Cámara de comercio.</td></tr><tr><td></td><td>    <input type="checkbox"/> Hoja de información complementaria.</td></tr><tr><td></td><td>    <input type="checkbox"/> Otros, especificar</td></tr><tr><td></td><td>16. <input checked="" type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa de presentación de la solicitud.</td></tr><tr><td></td><td>17. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación de prioridad.</td></tr><tr><td></td><td>18. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago de la tasa por concepto de excedente de palabras en la publicación.</td></tr><tr><td></td><td>19. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación adicional a 10.</td></tr></table> |                                                                                                                                                                                            |                                                | Documentación Técnica | Documentación Jurídica | 1. <input checked="" type="checkbox"/> Descripción      N° de folios: | 11. <input type="checkbox"/> Poderes, si fuera el caso. | 2. <input checked="" type="checkbox"/> Reivindicaciones      N° Reivindicaciones: | 12. <input 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: | 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 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 de 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 11. <input type="checkbox"/> Poderes, si fuera el caso.                                                                                                                                    |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
| 2. <input checked="" type="checkbox"/> Reivindicaciones      N° Reivindicaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 12. <input 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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 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 de palabras en la publicación.                                                                       |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 19. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago por reivindicación adicional a 10.                                                                                                        |                                                |                       |                        |                                                                       |                                                         |                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                                                                                        |                                                     |                        |                                                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                 |                                   |                                                     |                                                                                                            |  |                              |  |                                                                           |  |                                                              |  |                                             |  |                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                                                      |  |                                                                                     |

DIRECCIÓN DE NUEVAS CREACIONES  
FORMULARIO DE REDUCCIÓN DE TASAS

1. Identificación del Trámite

☐ PATENTE DE INVENCION

☒ PATENTE DE MODELO DE UTILIDAD

☐ Examen de Patentabilidad

☐ Tasas de Mantenimiento

2. BENEFICIARIO

Nombre: JOSE IGNACIO RIOS ROMERO

Dirección: Kr 22 N: 2-81 Sociego

Teléfono: 3122458365

Nacionalidad o Domicilio: COLOMBIA

Ciudad: MADRID CUND.

IDENTIFICACIÓN

☒ C.C.

☐ NIT

☐ C.E.

☐ Otro

80.383.123

En caso de ser una persona natural y carecer de medios económicos y por tanto lo aplique la reducción de tasas a la que se refiere la resolución vigente en tarifas, debe firmar la presente solicitud bajo la gravedad de juramento.

3. Anexos

Persona Natural ☒

Persona Jurídica ☐

Nombre o denominación / Nombre ó razón social

Tipo de empresa

Micro ☐

Pequeña ☐

Mediana ☐

Otra ☐

Documento de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐ Otro ☐ Número:

Micro, pequeñas y medianas empresas

☐ Copia simple de la declaración de renta del año inmediatamente anterior, o en su defecto prueba documental idónea.

☐ Documento de constancia de cumplimiento con lo establecido en la ley 905 de 2004

Universidades públicas o privadas

☐ Universidad pública

☐ Universidad privada

Copia acto de reconocimiento institucional emitido por el Ministerio de Educación.

Entidades sin ánimo de lucro

☐ Copia de registro vigente en Cámara de comercio.

☐ Hoja de información complementaria.

☐ Otros, especificar

Nacionalidad/Pais de constitución

Dirección y domicilio del titular

Dirección electrónica

No. Fax

Número telefónico

3122458365

4. Firma

Nombre del Firmante

CODIGO DESPLAZADO

670676.

Firma

JOSE IGNACIO

C.C. 80.383.123

Tarjeta Profesional

## DOCUMENTO TECNICO DE SOLICITUD DE PATENTE (DESCRIPCIÓN)

- A. Título o nombre de la invención: **Sillasanitario** para niño (a), método con el cual el niño (a) hará su necesidad fisiológica directamente en el sanitario.
- B. Esta invención está relacionada con el sector del plástico.
- C. El estado de la técnica anterior es conocida como vasenilla, mica, pato; donde la madre o persona encargada del niño debe recoger, ir al sanitario a recoger y después al lavadero o patio a lavar la vasenilla. El objetivo de esta invención es terminar con estos molestos pasaos, facilitando así el trabajo de todas las madres del mundo.
- D. El problema anterior o actual, es que las madres deben recoger, ir al sanitario a vaciar, ir al lavadero a enjuagar la vasenilla, y que además está en el piso donde el niño (a) se para, se voltea, se riega, y hasta el niño puede meter las manitas en la vasenilla, con las consecuencias que esto conlleva, como: bacterias, higiene, mal olor, tiempo, salpicaduras, etc.
- La solución aportada por esta invención es evitar todo lo anterior, y se refiere a una silla sanitario para niña (a), que como su nombre lo indica, se pone encima del sanitario, permitiendo que el niño haga sus necesidades fisiológicas directamente en el sanitario.
  - La **sillasanitario** para niño(a), consta de cuatro patas apoyadas en el piso de cuarenta centímetros (40cm), que es algo más de la altura de un sanitario común y corriente; en el centro de su base la silla lleva una forma de vasenilla (**SIN FONDO**), donde se sienta al niño (a) una vez colocada la sillasanitario encima del sanitario.
  - La silla lleva en su parte de adelante un tablero asegurado, que se puede subir y bajar, donde cumple dos funciones muy importantes.
    1. Se puede asegurar para que el niño (a) no se vaya hacia delante o se pare.
    2. Lleva un juguete incorporado para reducir el estrés y se entretenga mientras hace su necesidad. (Anexo fotos o dibujo)
  - Ventajas de la invención: son varios los beneficios para las madres o la persona encargada, los cuales son resultados muy positivos.
    1. Evita las salpicadas al tener que vaciar la vasenilla al sanitario
    2. Evita el lavado de la vasenilla
    3. Evita que el niño (a) se esté poniendo de pie a cada momento.
    4. Evita el proceso de enseñar al niño (a) de la vasenilla al sanitario, ya que se podrá utilizar por tiempo indefinido.
    5. Ahorra el tiempo que antes gastaba o ahora gasta en recoger, vaciar y lavar la vasenilla.
  - La madre o persona encargada solo debe poner la **SILLASANITARIO** en su posición encima del sanitario y cuando el niño haya terminado, debe retirarla y ya, sin tener que preocuparse por: recoger, vaciar y lavar vasenillas.
- E. la descripción de los dibujos los anexo en dos hojas aparte para su mejor comprensión.

F. La descripción detallada de la **SILLASANITARIO** para niño (a), está en que es una silla compacta o enteriza, que se caracteriza por tener unas patas de cuarenta centímetros (40cm) de alto; y en la parte de sentarse una forma de vasenilla sin fondo y en su parte delantera un tablero que sirve como seguro y entretención para el niño(a).

- Sus medidas son:  
Alto – 40cm hasta la base  
Ancho – 40 cm  
Largo – 40cm hasta el tablero.

## RESUMEN

En resumen el nombre de la invención se llama **SILLASANITARIO** para niño (a), y se refiere a una silla compacta con patas a la altura de un sanitario con (40cm); una base en forma de vasenilla sin fondo que permite al niño(a) hacer su necesidad fisiológica directamente al sanitario; un tablero que se puede subir y bajar con un seguro para que el niño(a) no se vaya hacia adelante o se ponga de pie mientras realiza sus necesidades fisiológicas y el cual también incluye un juguete de entretenimiento adaptado al tablero.

La diferencia con la técnica anterior o actual es que la madre o persona encargada del niño se evita el molesto trabajo de recoger, ir al sanitario a vaciar, y lavar vasenillas; aportando así a la higiene de la casa, ahorrando tiempo, y contribuyendo con el bienestar con las familias de todo el mundo, ya que esta invención consultando los bancos de patentes y base de datos no la hay en ninguna parte del mundo.

## REIVINDICACIONES

1. Las características novedosas de esta invención y para la cual se reclama protección es: sus patas a la altura del sanitario (40 cm de alto); su base en forma de vasenilla sin fondo; el tablero con su seguro y juguete incorporado; ventajas que no tiene la técnica anterior o actual como la vasenilla.
2. La **SILLASANITARIO** también se puede fabricar sin patas con la característica que sería la sola base en forma de vasenilla sin fondo, con el tablero, juguete y seguro para adaptar al sanitario con pernos de seguridad a los bordes del mismo; la cual sería una **BASESANITARIO** para niño (a), y para lo cual pido protección ya que está también hace parte de la invención.



**FIGURA 1:** Muestra la parte frontal del invento, con la SILLASANITARIO, tablero y juguete ya terminado.



**FIGURA 2:** Muestra lateral de la silla sanitario, lista para colocar en posición encima del sanitario.



**FIGURA 3:** Muestra la SILLASANITARIO para niño (a), ya en posición en el sanitario. Solo es subir el tablero, sentar al niño, bajar el tablero y asegurarlo. El tablero cuenta con una bisagra un seguro por debajo.



**FIGURA 4:** muestra el invento ya en uso, para lo que fue creado, utilizado por mi hijo Santiago desde hace seis meses, y que nos ha evitado todo el trabajo expuesto en la descripción y ventajas.

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO  
NIT : 800.176.089-2  
- / -



RECIBO DE CAJA

No. 13 - 101930

Bogotá D.C., Octubre 09 de 2013 - 12:43:47

RECIBIDO DE : JOSE IGNACIO RIOS ROMERO

CC 80.383.123

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

| TIPO PAGO    | BANCO           | CUENTA    | No. PAGO  | FECHA PAGO | VR. PAGO   |
|--------------|-----------------|-----------|-----------|------------|------------|
| CONSIGNACION | BANCO DE BOGOTA | 062754387 | 558971685 | 09/10/2013 | 135.000.00 |

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

| CANT. | RENTISTICO              | CONCEPTO                                                    | Vr. UNDITARIO | Vr. CONCEPTO |
|-------|-------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1     | 50005-01-01 SOLICITUDES | 2250 DTO 50% PTC SOLICITUD DE PATENTE DE MODELO DE UTILIDAD | 135.000.00    | 135.000.00   |
|       |                         |                                                             |               | \$135.000.00 |

SON: \*\*CIENTO TREINTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE\*\*\*

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

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

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO



No. 13-240035-00000-0000

Fecha: 2013-10-09 12:53:26 Dep 2020 DIR.NUEVASCR  
Tra. 3 MODELO Eve 1 REGDEPOSITO  
Act. 411 PRESENTACION Folios: 9

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

Web: [www.sic.gov.co](http://www.sic.gov.co) e-mail: [info@sic.gov.co](mailto:info@sic.gov.co) Conmutador: (571) 5870000 Fax: (571) 5870284 Línea: 018000-910165 Call Center: (571) 6513240

Octubre 9 de 2013 - 12:43:47



No. 13-240035-00000-0000

Fecha: 2013-10-09 12:53:26 Dep. 2020 DIR NUEVASCR  
Tra. 3 MODELO Eve 1 REGDEPOSITO  
Act. 411 PRESENTACION Folios 9

MODELO DE UTILIDAD ☐

Art 33 Decisión 486/00

|                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>          | Indicación que se solicita una patente.                                             |
| <input type="checkbox"/>          | Datos de identificación del solicitante o de la persona que presenta la solicitud   |
| <input type="checkbox"/>          | Descripción de la invención                                                         |
| <input type="checkbox"/>          | Dibujos de ser estos pertinentes                                                    |
| <input type="checkbox"/>          | Comprobante de pago de las tasas establecidas (De ser el caso formato de descuento) |
| Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/>                                                 |

PATENTE DE INVENCION PCT ☐ MODELO DE UTILIDAD PCT ☐ Art.33 Decisión 486/00, Circular Única

|                                   |                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>          | Indicación que se solicita una PCT                                                                                      |
| <input type="checkbox"/>          | Copia de la solicitud en español, tal como fue presentada inicialmente (capítulo descriptivo, reivindicatorio, resumen) |
| <input type="checkbox"/>          | Dibujos de ser estos pertinentes                                                                                        |
| <input type="checkbox"/>          | Comprobante de pago de las tasas establecidas (de ser el caso formato de descuento)                                     |
| Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/>                                                                                     |

DISEÑO INDUSTRIAL ☐ (Art. 119 Decisión 486/00)

|                                   |                                                                                                           |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>          | Indicación que se solicita Diseño industrial                                                              |
| <input type="checkbox"/>          | Datos de identificación del solicitante o de la persona que presenta la solicitud                         |
| <input type="checkbox"/>          | Representación gráfica y fotográfica del Diseño industrial o muestra del material que incorpora el diseño |
| <input type="checkbox"/>          | Comprobante de pago de las tasas establecidas                                                             |
| Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/>                                                                       |

ESQUEMA DE TRAZADO ☐ (Art. 92 Decisión 486/00)

|                                   |                                                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>          | Indicación que se solicita un esquema de trazado                                  |
| <input type="checkbox"/>          | Datos de identificación del solicitante o de la persona que presenta la solicitud |
| <input type="checkbox"/>          | Representación gráfica de un esquema de trazado                                   |
| <input type="checkbox"/>          | Comprobante de pago de las tasas establecidas                                     |
| Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/>                                               |