

Bogotá, D.C., 17 de febrero de 2020

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

Referencia: Respuesta a Oficio No. 14161, notificado el 24 de diciembre de 2019
Expediente: NC2019/0013649
Patente: COMPOSICIONES FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ORALES DE DABIGATRÁN ETEXILATO
Solicitante: SANOVEL ILAC SANAYI VE TICARET ANONIM SIRKETI

ADRIANA PAOLA PEÑARANDA URBINA, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en mi condición de apoderada de **SANOVEL ILAC SANAYI VE TICARET ANONIM SIRKETI**, y dando respuesta al Oficio No. 14161, del cual fui notificada el 24 de diciembre de 2019, me permito anexar el documento de Cesión debidamente firmado por los Inventores/Cedentes, Yildiz GÜLKOK, Arzu PALANTÖKEN y Ezel URAZ, y por el Cesionario, Representante Legal de SANOVEL ILAC SANAYI VE TICARET ANONIM SIRKETI. Ruego a su Despacho tener en cuenta que el inventor Ali TÜRKYILMAZ no firmó el documento de Cesión, ya que falleció el 11 de octubre de 2018, tal como aparece en el Certificado de Defunción adjunto; el citado certificado se encuentra en su versión original y está acompañado de su traducción al castellano.

En vista de lo conversado el día 17 de enero de 2020 con las asesoras de la Sala VIP, localizada en el quinto piso de la Superintendencia de Industria y Comercio, con la Cesión y el Certificado de Defunción anexos se da cumplimiento a lo establecido en el artículo 26 literal k) de la Decisión 486 de la Comisión de la Comunidad Andina o la Regla 4.17.2 del Reglamento del PCT, y queda demostrado el derecho que le asiste a SANOVEL ILAC SANAYI VE TICARET ANONIM SIRKETI de solicitar la patente en referencia.

Considerando que he dado respuesta al requerimiento de la Dirección de Nuevas Creaciones, comedidamente solicito a su Despacho proceder con la publicación de la Patente en referencia.

Atentamente,


ADRIANA PAOLA PEÑARANDA URBINA

C.C 53.120.683 de Bogotá
T.P. 162.606 del C. S de J

ASSIGNMENT

We, the undersigned,

TÜRKYILMAZ, Ali (TR);
Istinye Mah. Balabandere Cad. No:14
Sarıyer 34460 Istanbul/Turkey

PALANTÖKEN, Arzu (TR);
Istinye Mah. Balabandere Cad. No:14
Sarıyer 34460 Istanbul/Turkey

URAZ, Ezel (TR);
Istinye Mah. Balabandere Cad. No:14
Sarıyer 34460 Istanbul/Turkey

GÜLKOK, Yıldız; (TR);
Istinye Mah. Balabandere Cad. No:14
Sarıyer 34460 Istanbul/Turkey

which here and after is referred as the
ASSIGNOR,

By these presents declares under oath to be
the solo and true inventor of the invention
entitled:

**“SOLID ORAL PHARMACEUTICAL
COMPOSITIONS OF DABIGATRAN
ETEXILATE”**

And,

**SANOVEL ILAC SANAYI VE TICARET
ANONIM SİRKETİ**

a corporation organized and existing under
the law of Turkey, having its domiciled in
Istinye Mah. Balabandere Cad. No:14 34460
Sarıyer/Istanbul, TR, and represented by
(individual's name) -Ercan ERGENEKON
acting as (job title) Intellectual Property
Specialist, which here and after is named as
ASSIGNEE,

Both, ASSIGNORs and ASSIGNEE have
agreed the following:

To ASSIGN from the ASIGNORs to the
ASSIGNEE the Industrial Property Rights
related to the patent entitled **“SOLID ORAL
PHARMACEUTICAL COMPOSITIONS OF
DABIGATRAN ETEXILATE”**

Given on 2/01/2020 in Istanbul/Turkey

ASSIGNOR - TÜRKYILMAZ, Ali

ASSIGNOR - PALANTÖKEN, Arzu


ASSIGNOR - URAZ, Ezel


ASSIGNOR - GÜLKOK, Yıldız


ASSIGNEE - SANOVEL ILAC SANAYI VE
TICARET ANONİM SİRKETİ - Ercan Ergenekon

Intellectual Property Specialist

CESION

Yo / Nosotros, abajo firmando/s (Nombre
del inventor)

_____, quien en adelante será el
CEDENTE,

Ciudadano/s de _____

domiciliado/s en _____

Por el presente documento declaramos bajo
juramento ser el/los único/s y verdadero/s
inventor/es de la invención titulada:

Y,
_____ una sociedad
debidamente constituida y existente bajo las
leyes de (país)_____, con
domicilio en [país, ciudad y dirección] _____
_____y representada por (nombre)
_____quien actúa como (título)-
_____, quien en
adelante será el CESIONARIO,

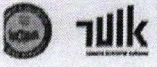
Ambos, CEDENTE y CESIONARIO han
acordado lo siguiente:

CEDER del CEDENTE al CESIONARIO los
derechos de propiedad Industrial relativos al
diseño industrial denominado _____

Dado en _____ el _____

CEDENTE

CESIONARIO



ÖLÜM BELGESİ



ÖBS FORM NO: 1810120355

Ek2

ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ YER **İİ İSTANBUL**İlçe **SİLİVRİ**

Köy/Mh

ÖLÜMÜ TESPİT EDEN KURUMUN ADI **İSTANBUL ADLİ TIP KURUMU**

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ

Kimlik Numarası **16793737542** ☐ Kimlik numarası yok
Cinsiyeti ☒ Erkek ☐ Kadın Uyuşu ☒ TC ☐ Diğer TÜRKİYE CUMHURİYETİ

Adı Soyadı **ALİ TÜRKİYILMAZ**
Baba Adı **MUHARREM** Ana Adı **HAVVA**
Doğum Yeri **RİZE** Doğum Tarihi **11.09.1967**
Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl/İlçe **RİZE - MERKEZ**
Nüfusa Kayıtlı Olduğu Mh/Köy
Cilt no **91** Aile sıra no **29** Birey sıra no **55**
Medeni Hali ☒ Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış
Meslek **GENEL KORDİNATÖR** Dini
Öğrenim durumu(bitirilen) **YÜKSEK LİSANS** Pasaport No
Geri Alınan Nüfus Cüzdanı Bilgileri
eri No/..... Kayıt No
erildiği Yer Veriliş Tarihi
çıkılama Nüfus cüzdanı belge düzenlenirken teslim alınmamıştır.

B Ölüm Tarihi **11.10.2018** Ölüm Saati **17:15**
Ölüm Yeri ☐ Ev ☐ Hastane ☒ İş Yeri
☐ Ambulans ☐ Diğer Taşıt ☐ Diğer

C ☐ Bulaşıcı olmayan hastalık (Doğal Ölüm)
☐ Bulaşıcı hastalık (Doğal Ölüm)
☒ Bulaşıcı olmayan hastalık (Adli Olay)
☐ Bulaşıcı hastalık (Adli Olay)

D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?
☐ Evet ☒ Hayır **→ Bölüm E'ye geçiniz**
İş yerinde yaralanma ☐ Evet ☒ Hayır
Yaralanma Tarihi
Yaralanma Yeri
☐ Evde ☐ Spor Alanı
☐ Yatılı Kuruluş ☐ Cadde ve Otoyol
☐ Kırsal Alan(Çiftlik) ☐ Ticaret ve Hizmet Alanı
☐ Sanayi ve İnş. Yeri ☐ Okul, Diğer Kur. ve İdari Yer
☐ Diğer

E Otopsi yapıldı mı?
☒ Evet ☐ Hayır **→ Hayır ise F'ye geçiniz**
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?
☒ Evet ☐ Hayır **→ Hayır ise F'ye geçiniz**
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?
☒ Evet ☒ Hayır

A1 Bu bölüm sadece nüfus müdürlüğü tarafından doldurulacaktır
TESCİL EDEN NÜFUS MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi:..... Kayıt No:.....
Tescil Yılı:..... Özel Kütük Sıra No:.....
TESCİL EDEN MEMUR **ONAYLAYAN YETKİLİNİN**
T.C. Kimlik T.C. Kimlik
Adı Adı
Soyadı Soyadı
Ünvanı Ünvanı
Tarih Tarih
İmza İmza

Daîmi İkametgah Yurtdışı (Ülke/Şehir) **İİ İSTANBUL** İlçe **KÜÇÜKÇEKMECE**
Bulvar/Cad./Sok **221. SK.** Köy/mh **ATAKENT MAH.** Bina Dış Kapı/İç Kapı No **22A / 11** Site Blok **SARAY BAĞÇE EVLERİ**

İLGİYİ VEREN
T.C. Kimlik No **16772738270**
Adı ve Soyadı/Kurum Adı **AZİZ TÜRKİYILMAZ**
Doğum Tarihi **03.08.1974 00:00:00** Yakınlık Derecesi **KARDEŞİ**
Adresi **KÜPLÜCE MAH. ZEYTİNLİK SK. No:7/2-2 ÜSKÜDAR İSTANBUL**
Telefon **(505) 539 84 13** Bildirim Tarihi **12.10.2018**
nza
ÖLÜMÜ BİLDİREN VE DEFİN İZNİNİ VEREN YETKİLİ
Adı ve Soyadı **BAHA BERK ARPAK**
Ünvanı **ADLİ TIP UZMANI**
Tarih **12.10.2018**
İmza
Uz. Dr. Baha Berk Arpak
Dip- Tescil No: **114687**
Adli Tıp Uzmanı

F **Ölü doğum** ☐ Evet ☒ Hayır **Bölüm G'ye geçiniz**
Bebek ölümü ☐ Evet ☒ Hayır
Doğum Saati : Anne T.C. No Anne Yaşı Doğum Sırası
Gebelik Süresi Doğum Ağırlığı

G KADIN İSE DOLDURULACAKTIR
☐ Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti ☐ Ölüm doğum esnasında gerçekleşti ☐ Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
☐ Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti ☐ Anne ölümü değil

H Bölüm I **Ölüm Nedeni** **Hastalığın başlangıcından ölümüne kadar geçen yaklaşık süre**
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum* a) Bu belgedeki ölüm nedenleri henüz kontrolör hekim tarafından onaylanmadığı için yazılmadı.
Bağlı olarak
b) Bağlı olarak
c) Bağlı olarak
d) **KARUS TERCÜME LTD. ŞTİ.**
Tunus Cad. No: 73/3 Kavaklıdere / ANKARA
Tel: +90 312 468 26 32 - Faks: +90 312 468 26 32
Kavaklıdere V.D. 470 057 4850
İşbu belge tarafımdan **ÖZAN GÜRKÖK** aslından faksından tercüme edilmiştir.

Bölüm II
Ölümün gerçekleşmesinde etkili olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya duruma ilişkin olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır. *Bu bölüme kalp arrest ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.

ÖLÜMÜ VE NEDENİNİ BİLDİREN HEKİM (Farklı ise)
Adı ve Soyadı **UZ. DR. MURAT NİHA ARSLAN**
Ünvanı **MORG. D. B.V.**
Tarih/İmza **12.10.2018**



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Anexo 2

Nº DE FORMULARIO DE CERTIFICADO DEFUNCIÓN: 1810120355

LUGAR DE DEFUNCIÓN PROVINCIA ESTAMBUL DISTRITO SİLİVRİ PUEBLO	
LA DEFUNCIÓN CONFIRMADA POR INSTITUTO DE MEDICINA FORENSE DE ESTAMBUL	

A DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Nº de Identidad **16793737542**

Sexo ☒ M ☐ F Nacionalidad ☒ Turca ☐ No disponible

Nombre y Apellido **ALİ TÜRKYILMAZ**

Nombre del Padre **MUHARREM** Nombre de la Madre **HAVVA**

Lugar de Nacimiento **RİZE** Fecha de Nacimiento **11.09.1967**

Registrado en (Provincia) **RİZE MERKEZ**

Registrado en (Distrito/Pueblo)

Nº de Tomo **91** Orden familiar **29** Orden Individual **55**

Estado Civil Casado/a ☒ Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Profesión **COORDENADOR GENERAL** Religión

Nivel Educacional **MAESTRÍA**

Información sobre la tarjeta de identidad recibida

Nº de Serie Nº de Registro

Lugar de Expedición Fecha de Expedición

B Fecha de Fallecimiento **11.10.2018** Hora de Fallecimiento **17:15**

Lugar de Fallecimiento ☐ Casa ☐ Hospital ☒ Trabajo

☐ Ambulancia ☐ Otro Vehículo ☐ Otro

C

Tipo de Fallec. ☐ Enfermedad no contagiosa (Fallecimiento natural)

☐ Enfermedad contagiosa (Fallecimiento natural)

☒ Enfermedad no contagiosa (Caso judicial)

☐ Enfermedad contagiosa (Caso judicial)

D ¿Fallecimiento ocurrió como consecuencia de una lesión física?

☐ Sí ☒ No → Continúe en la sección E

¿Lesión física en el lugar de trabajo? ☐ Sí ☒ No

Fecha de lesión física

Lugar de lesión física

☐ Casa ☐ Campo de juego

☐ Embarque ☐ Carretera

☐ Área rural ☐ Área comercial o de servicio

☐ Sitio industrial y de construcción ☐ Escuela, otra institución y administración

☐ Otro

E ¿Se llevó a cabo autopsia?

☒ Sí ☐ No → Si no, continúe en la sección F

¿El motivo del fallecimiento se obtuvo a partir de los resultados de la autopsia?

☒ Sí ☐ No → Si no, continúe en la sección F

¿Fue posible obtener más información más adelante?

☒ Sí ☐ No

A1 Esta sección será llenada por la Oficina de Registro

REGISTRADO POR:

Fecha de Registro: Nº de Registro:

Año de Registro: Nº de Orden:

REGISTRADO POR	CERTIFICADO POR
Nº. de Identidad	Nº. de Identidad
Nombre	Nombre
Apellido	Apellido
Título	Título
Fecha	Fecha
Firma	Firma

Sello

Residencia Permanente

Bulevar/Avenida/Calle **221. SOK**

Extranjero (País/Provincia) **ESTAMBUL**

Provincia Pueblo **ATAKENT MAH.**

Distrito **KÜÇÜKÇEKMECE**

Edificio/Puerta **22A/11**

Sitio/Bloque **SARAY BAHÇE EVLERİ**

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR

Nº. de Identidad **16772738270**

Nombre Apellido / Institución **AZİZ TÜRKYILMAZ**

Fecha de Nacimiento **03.08.1974** Relación: **SU HERMANO**

Dirección **KÜPLÜCE MAH. ZEYİTLİK SOK. NO: 7/2-2 ÜSKÜDAR İSTANBUL**

Teléfono **0505 539 84 13** Fecha de Notificación: **12.10.2018**

Firma (firma)

AUTORIDAD QUE REPORTÓ EL FALLECIMIENTO Y OTORGÓ PERMISO PARA ENTIERRO

Nombre Apellido **BAHA BERK ARPAK**

Título **Especialista en Medicina Forense**

Fecha **12.10.2018**

Firma

Sello (Sello y Firma del Médico)

F Muerte Fetal ☐ Sí ☒ No

Muerte Infantil ☐ Sí ☒ No

Continúe en la sección G

Hora de Fallecimiento

Nº. de Identidad de la Madre

Edad de la Madre

Duración del Embarazo

Orden de Nacimiento

Peso al Nacer

G ESTA PARTE SERÁ LLENADA PARA MUJER

☐ Fallecimiento durante el embarazo ☐ Fallecimiento durante el parto

☐ Fallecimiento ocurrió entre 43 y 365 días después del parto ☐ Fallecimiento ocurrió en 42 días después del parto

☐ No es un caso de mortalidad materna

H Sección I

Motivo del Fallecimiento	La duración aproximada transcurrida desde el comienzo de la enfermedad hasta la muerte
Enfermedad o condición que causó el fallecimiento *	a) Debido a No se registró ningún motivo ya que aún no se detectó el motivo del fallecimiento.
Motivos anteriores	b) Debido a No escribir la causa de la muerte no es un obstáculo para el proceso funerario.
	c) Debido a
	d) Debido a

Sección II

Las condiciones importantes que tienen un efecto sobre el fallecimiento, pero no relacionadas con la enfermedad o condición que causó el fallecimiento

* El tipo de enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento se escribirá en esta sección, no las formas de fallecimiento, como paro cardíaco e insuficiencia respiratoria

MÉDICO QUE INFORMÓ EL FALLECIMIENTO Y MOTIVO (si es diferente)

Nombre Apellido

Título

Fecha / Firma

KARUS TERCÜME LTD. ŞTİ.

Tunus Cad. No: 73/3 Kavaklıdere / ANKARA

Tel: +90 312 468 26 32 - Faks: +90 312 468 26 33

Kavaklıdere V.D. 470 057 4850

CERTIFICADO POR

Nombre Apellido

Título

Fecha / Firma

İşbu belge tarafımdan
OZAN GÜRKÖK aslından
faksından
tercüme edilmiştir.

Médico Especialista Murat Nihal Arslan

Administración de la Morgue

(Sello y Firma del Médico)

12.10.2018

Sello

Firma