

**CARTA DE COMPROMISO PARTICIPACIÓN FONDO DE FOMENTO A LA
PROTECCIÓN DE INVENCIONES**

INVENTORES ACTUANDO A NOMBRE PROPIO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando a nombre propio; manifiesto interés, voluntad y compromiso, y por lo tanto acepto las condiciones del FONDO DE FOMENTO A LA PROTECCIÓN DE INVENCIONES liderado por COLCIENCIAS y la CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, de cumplir con todos los requerimientos y estipulaciones que dicho Fondo establezca, especialmente, los siguientes requerimientos:

1. Suministrar los documentos que me sean requeridos en un plazo máximo de 15 días calendario después de la comunicación.
2. Realizar oportunamente el pago del aporte correspondiente al Beneficiario que es considerado en la presente convocatoria* .
3. Tener disponibilidad de tiempo para realizar las reuniones necesarias con el Aliado Operador y/o con el Administrador de la convocatoria durante todo el tiempo que dure el proceso.
4. Revelar la información necesaria para cumplir a cabalidad con las actividades establecidas en la convocatoria.

Para constancia se firma en _____ el (día) _____ de (mes) _____ de 2016.

Nombre Completo
Documento de Identidad

* 30% del valor pagable al Aliado.

**CARTA DE COMPROMISO PARTICIPACIÓN FONDO DE FOMENTO A LA
PROTECCIÓN DE INVENCIONES
PERSONAS JURÍDICAS**

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____ actuando como representante legal de _____ con NIT _____, manifiesto interés, voluntad y compromiso, propio y de la institución a la que represento, y por lo tanto acepto las condiciones del FONDO DE FOMENTO A LA PROTECCIÓN DE INVENCIONES liderado por COLCIENCIAS y la CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, de cumplir con todos los requerimientos y estipulaciones que dicho Fondo establezca, especialmente, los siguientes requerimientos:

1. Suministrar los documentos que me sean requeridos en un plazo máximo de 15 días calendario después de la comunicación.
2. Realizar oportunamente el pago del aporte correspondiente al Beneficiario que es considerado en la presente convocatoria* .
3. Tener disponibilidad de tiempo y de recurso humano para realizar las reuniones necesarias con el Aliado Operador y/o con el Administrador de la convocatoria durante todo el tiempo que dure el proceso.
4. Revelar la información necesaria para cumplir a cabalidad con las actividades establecidas en la convocatoria.

Para constancia de los compromisos e interés, se firma en _____ el (día) _____ de (mes) _____ de 2016.

Nombre Completo
Documento de Identidad
Razón social de la Institución: NIT

* 30% del valor pagable al Aliado Operador en el caso de ser Universidad/Institución de Educación Superior/ Centro de Desarrollo Tecnológico/Micro, Mediana y Pequeña Empresa; 50% en caso de ser Gran Empresa.