I.- El nombre del área del cual es titular quien clasifica: Delegación Federal de la SEMARNAT en Querétaro.

II.- La identificación del documento del que se elabora la versión pública: Certificado Fitosanitario de Importación. Trámite SEMARNAT-03-033.

III.- Las partes o secciones clasificadas, así como las páginas que la conforman: La parte correspondiente a domicilio particular, teléfono y correo electrónico particulares y nombre y firma de terceros autorizados para recibir notificaciones. Página 01.

IV.- Fundamento legal, indicando el nombre del ordenamiento, el o los artículos, fracción(es), párrafo(s) con base en los cuales se sustente la clasificación; así como las razones que motivaron dicha clasificación: Fundamento. La clasificación de información confidencial se realiza con fundamento en el primer párrafo del artículo 116 de la LGTAIP y 113 fracción I de la LFTAIP. Razones o circunstancias. Por tratarse de datos personales concernientes a una persona identificada o identificable.

V.- Firma del titular del área. Firma autógrafa de quien clasifica: Lic. Oscar Moreno Alanís.

VI.- Fecha y número del acta de la sesión de comité donde se aprobó la versión pública: Sesión número 02/2017 de fecha 27 de enero de 2017.

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN PARA LA PROTECCIÓN AMBIENTAL
DELEGACIÓN FEDERAL EN EL ESTADO DE QUERÉTARO

ACUSE

CERTIFICADO FITOSANITARIO DE IMPORTACIÓN

ANT. No. 22/A7-0004/05/16 FOLIO No. **22/2016-00005**

VALIDO HASTA: **02 DE NOVIEMBRE DE 2016**

Con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 1°, 2°, 7°, 19, 23, 24 y 28° de la Ley Federal de Sanidad Vegetal, 16 fracción XXVI y 120 párrafo 1° y 2° de la Ley General de Desarrollo Forestal Sustentable, 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de Desarrollo Forestal Sustentable, 40 fracción IX inciso D del Reglamento Interior de la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales y el Manual de procedimientos para la Expedición del Certificado Fitosanitario de Importación, se expide el presente Certificado para los productos forestales descritos a continuación.

[ ] Definitiva [x] Temporal | De los productos o subproductos forestales [x] Maderables [ ] No Maderables

Nombre o Razon Social: **INDUSTRIAS DE REDES Y PIOLAS, S.A. DE C. V.**

Reg. Fed. de Caus.: **IRP961206373**

Domicilio:

C.P.:	Teléfono:
Localidad:	Estado: **QUERÉTARO**
Descripción del producto a importar: **CARRETES DE MADERA USADA DESARMADOS** ***Pino, Pinus sp.***	Cantidad: **2,000 (DOS MIL)**
Fracción arancelaria: **4415.10.01**	Unidad de medida: **Piezas**
Aduana de entrada: **NUEVO LAREDO, TAMPS.**	Destino dentro del país: **QUERÉTARO, QRO.**
País de origen: **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, MÉXICO**	País de procedencia: **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**
Aduana de salida (solo para importaciones temporales): **NUEVO LAREDO, TAMPS.**	Destino fuera de México: **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

REQUISITOS FITOSANITARIOS:

INSPECCION OCULAR EN LA ADUANA DE ENTRADA
TOMA DE MUESTRAS (SOLO EN CASO DE DETECTAR LA PRESENCIA DE PLAGAS Y ENFERMEDADES)
TRATAMIENTO EN ORIGEN

EL PRODUCTO DEBE VENIR LIBRE DE PLAGAS Y ENFERMEDADES. EL IMPORTADOR DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE CERTIFIQUE QUE EL PRODUCTO FUE TRATADO CONTRA PLAGAS Y ENFERMEDADES EN EL PAÍS DE PROCEDENCIA. EN CASO DE DETECTAR PLAGAS Y ENFERMEDADES, DEBERÁ TOMARSE UNA MUESTRA Y ENVIARSE AL LABORATORIO DE ANÁLISIS Y REFERENCIA EN SANIDAD FORESTAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FORESTAL Y DE SUELOS PARA SU DIAGNÓSTICO Y DICTAMEN TÉCNICO CORRESPONDIENTE. EL ENVÍO DE MUESTRA DEBERÁ REALIZARSE EN UN PERIODO NO MAYOR DE 24 HORAS DESPUÉS DE SU DETECCIÓN PARA EVITAR LA DISPERSIÓN DE PLAGAS.

AUTORIZACIÓN

FIRMA:

NOMBRE: **LIC. OSCAR MORENO ALANÍS**

PUESTO: **EL DELEGADO FEDERAL**

SEMARNAT QUERÉTARO

En la jefatura de Verificación Sanitaria Forestal en ____________________ y teniendo a la vista los productos arriba descritos. Se constata que se encuentran libres de plagas y enfermedades y han cumplido con los requisitos fitosanitarios aquí descritos. Se supervisó la adecuada aplicación de tratamiento profiláctico consignado como requisito para su importación.

Producto aplicado	Dósis	Tiempo de exposición	Concesionario o empresa

NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR:	FECHA DE EXPEDICIÓN: **06 DE MAYO DE 2016**

ESTE DOCUMENTO NO TENDRÁ VALIDEZ SIN LA FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL DE VERIFICACIÓN SANITARIA DE LA PROFEPA

OMA/LSV/JMOR/AOG

13-5-16

ORIGINAL PARA EL INTERESADO
COPIA No. 1 DGGFS
COPIA No. 2 DELEGACIÓN
COPIA No. 3 PROFEPA