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 nombre y firma de terceros autorizados para recibir notificaciones y código QR. 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 284/2017 de fecha 10 de julio 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/A7-0175/03/17

FOLIO No.	**22/2017-00003**
VALIDO HASTA:	**01 DE OCTUBRE DE 2017**

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 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, 32 fracciones I, XII y XIII del Reglamento Interior de la Secretaría de 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 ☒ Temporal | De los productos o subproductos forestales ☒ Maderables ☐ No Maderables

Nombre o Razón Social: **TRANSMISIONES Y EQUIPOS MECÁNICOS, S.A. DE C.V.**

Reg. Fed. de Caus.: **TEM670628A19**

Domicilio: **AVENIDA 5 DE FEBRERO 2115, COL. FRACCIONAMIENTO INDUSTRIAL BENITO JUAREZ**

C.P.: **76120**	Teléfono: **014422380900**
Localidad: **QUERETARO**	Estado: **QUERÉTARO**
Descripción del producto a importar: **MADERA CONTRACHAPADA USADA** ***Pino, Pinus sp.***	Cantidad: **10,000 (DIEZ MIL)**
Fracción arancelaria: **4412.39.01**	Unidad de medida: **Piezas**
Aduana de entrada: **NUEVO LAREDO, TAMPS., COLOMBIA, NL.**	Destino dentro del país: **QUERÉTARO, QRO.**
País de origen: **SUECIA (REINO DE)**	País de procedencia: **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**
Aduana de salida (solo para importaciones temporales): **NUEVO LAREDO, TAMPS., COLOMBIA, NL.**	Destino fuera de México:

REQUISITOS FITOSANITARIOS:
INSPECCIÓN OCULAR RIGUROSA EN LA ADUANA DE ENTRADA
TOMA DE MUESTRAS (SOLO EN CASO DE DETECTAR LA PRESENCIA DE PLAGAS Y ENFERMEDADES)

EL PRODUCTO DEBE VENIR LIBRE DE PLAGAS Y ENFERMEDADES. 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

SEMARNAT QUERÉTARO, QRO.

FIRMA:

NOMBRE: **LIC. OSCAR MORENO ALANÍS**

PUESTO: **EL DELEGADO FEDERAL**

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	Dosis	Tiempo de exposición	Concesionario o empresa

NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR:	FECHA DE EXPEDICIÓN: **04 DE ABRIL DE 2017**

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

OMA/LSV/JMOR/AOG

Recibí Original

60417

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

01