**Área que clasifica**.- Dirección General de Gestión Forestal y de Suelos.

**Identificación del documento**.- Versión pública del presente certificado fitosanitario de importación, cuyo número de identificación se encuentra en el encabezado del mismo.

**Partes clasificadas**.- Domicilio y teléfono del titular de la autorización.

**Fundamento Legal**.- La clasificación de la información confidencial se realiza con fundamento en los artículos 113, fracción I, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 116 primer párrafo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**Razones**.- Por tratarse de datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable.

**Firma del titular**.- LIC. AUGUSTO MIRAFUENTES ESPINOSA

**Fecha y número del acta de la sesión del Comité donde se aprobó la versión pública**.- Resolución 01/2017 en la sesión celebrada el 27 de enero de 2017.

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE
Y RECURSOS NATURALES

**SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN PARA LA PROTECCIÓN AMBIENTAL**
**DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FORESTAL Y DE SUELOS**

## CERTIFICADO FITOSANITARIO DE IMPORTACIÓN

ANT. No. 09/A7-0043/02/17

FOLIO No. **09/2017-00124**

VALIDO HASTA: **13 DE AGOSTO 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| x Definitiva | Temporal | De los productos o subproductos forestales | x Maderables ☐ No Maderables |

Nombre o Razón Social: **INDUSTRIAS MONTACARGAS, S. DE R. L. DE C. V.**

[redacted]

SEMARNAT
15 FEB. 2017
DESPACHO DE CONTACTO CIUDADANO
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FORESTAL Y DE SUELO

| | |
|---|---|
| Descripción del producto a importar: **TARIMAS DE MADERA USADAS *Pino, Pinus sp.*** | Cantidad: **20,000 (VEINTE MIL)** |
| Fracción arancelaria: **4415.20.99** | Unidad de medida: **Piezas** |
| Aduana de entrada: **NUEVO LAREDO, TAMPS.** | Destino dentro del país: **QUERÉTARO** |
| País de origen: **MÉXICO** | País de procedencia: **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA** |
| Aduana de salida (solo para importaciones temporales): | Destino fuera de México: |

REQUISITOS FITOSANITARIOS:

**TOMA DE MUESTRAS (SOLO EN CASO DE DETECTAR LA PRESENCIA DE PLAGAS Y ENFERMEDADES)**
**INSPECCIÓN OCULAR RIGUROSA EN LA ADUANA DE ENTRADA**
**TRATAMIENTO TÉRMICO O TRATAMIENTO CON BROMURO DE METILO 48 GR/M3 DURANTE 24 HORAS.**

EL PRODUCTO DEBE VENIR LIBRE DE PLAGAS Y ENFERMEDADES. EL IMPORTADOR DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE CERTIFIQUE QUE EL PRODUCTO FUE TRATADO CON CALOR O CON BROMURO DE METILO 48 GR/M3 DURANTE 24 HRS. 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. AUGUSTO MIRAFUENTES ESPINOSA**

PUESTO: **EL DIRECTOR GENERAL**

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:
**14 DE FEBRERO DE 2017**

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

[redacted]

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