

**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/A7-0167/03/17

FOLIO No.

09/2017-00349

VALIDO HASTA:

25 DE SEPTIEMBRE 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: **SPM LOGISTICA, S.A. DE C.V.**

Descripción del producto a importar: **ARTICULOS DE CESTERIA  
NUEVOS SIN RECUBRIMIENTO PASTO MARINO, *Halophila  
sulawesii***

Fracción arancelaria: **4602.19.99**

Aduana de entrada: **MANZANILLO, COL., VERACRUZ, VER.,  
PUERTO PROGRESO, YUC.**

País de origen: **INDONESIA (REPÚBLICA DE)**

Aduana de salida (solo para importaciones temporales):

REQUISITOS FITOSANITARIOS:

INSPECCION OCULAR RIGUROSA EN LA ADUANA DE ENTRADA

TOMA DE MUESTRAS (SOLO EN CASO DE DETECTAR LA PRESENCIA DE PLAGAS Y ENFERMEDADES)

TRATAMIENTO CON BROMURO DE METILO 48 GR/M3 DURANTE 24 HRS O CON FOSFURO DE ALUMINIO 1.16 G/M3 DURANTE 48 HRS.

EL PRODUCTO DEBE VENIR LIBRE DE PLAGAS Y ENFERMEDADES. EL IMPORTADOR DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE CERTIFIQUE QUE EL PRODUCTO FUE TRATADO CON BROMURO DE METILO 48 GR/M3 DURANTE 24 HRS. O CON FOSFURO DE ALUMINIO 1.16 G/M3 DURANTE 48 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:<br><b>29 DE MARZO DE 2017</b> |                         |

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



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