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.

SEMARNA!

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN PARA LA PROTECCIÓN AMBIENTAL

Firma del titular. LIC. AUGUSTO MIRAFUENTES ESPINOSA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FORESTALY DE SUELOS

Fecha y número del acta de la sesión del Comité donde se aprobó la versión pública. - Resolución 21/2018/SIPOT de fecha 28 de febrero de 2018.



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

## CERTIFICADO FITOSANITARIO DE IMPORTACIÓN

ANT. No. 09/A7-0092/11/17

FOLIO No.

09/2017-01136

VALIDO HASTA:

21 DE MAYO DE 2018

"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 XX\   | /I y 120 párrafo 1° y 2° de la L   | ey General de Desarrollo Forestal  |
|---|--|--|
| Sustentable, 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de  | Desarrollo Forestal Sustentable  | e, 32 fracciones I, XII y XIII del   |
| Reglamento Interior de la Secretaría de Medio Ambiente y Recurs   | os Naturales y el Manual de pro-   | cedimientos para la Expedición del   |
| Certificado Fitosanitario de Importación, se expide el presente Certifi   | cado para los productos forestales   | s descritos a continuación   |
| X Definitiva Temporal De los productos o subproductos   | forestales X Maderables  | No Maderables  |
| Nombre o Razón Social: MARIA CRISTINA SANCHEZ SANC  | HEZ  |  |
| Reg. Fed. de Caus.: SASC461126RY0   |  | SEMARNAT   |
|   |  | FIGURES A STATE OF THE STATE OF |
|   |  |  |
|   |  | 2.3 NOV 2017   |
| Descripción del producto a importar: MANUFACTURAS DE  | Cantidad: 5,000 (CINCO MIL)  | 201101.2017  |
| MADERA NUEVAS, SECAS AL HORNO, SIN RECUBRIMIENTO  | ,  | DESPACHADO   |
| CON ESPESOR SUPERIOR A 6 MM Cerezo, Prunus avium  | Unidad de medida: <b>Piezas</b>  | ESPACIO DE CONTACTO CIUDADA  |
| Fracción arancelaria: 4421.90.99  | Official de friedida. I fezas  | DIRECCIÓN GENERAL DE CISTION FOREST  |
| Aduana de entrada: TOLUCA, AEROPUERTO, MEX.   | Destino dentro del país: SINALO  | Λ  |
|   | País de procedencia: CHINA (REPÚBLICA POPULAR DE)  |  |
| País de origen: CHINA (REPÚBLICA POPULAR DE)  |  |  |
| Aduana de salida (solo para importaciones temporales):  | Destino fuera de México:   |  |
| REQUISITOS FITOSANITARIOS:  |  |  |
| INSPECCION OCULAR RIGUROSA EN LA ADUANA DE ENTRADA<br>TOMA DE MUESTRAS (SOLO EN CASO DE DETECTAR LA PRESENCIA I   | DE DI AGAS Y ENEERMEDADES)   |  |
| EL PRODUCTO DEBE VENIR LIBRE DE PLAGAS Y ENFERMEDADES. EL INSPEC  |  | NTENIDO DE HUMEDAD NO EXCEDA EL  |
| 18%. EN CASO DE DETECTAR PLAGAS Y ENFERMEDADES, DEBERÁ TOMARSE  |  |  |
| SANIDAD FORESTAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FORESTAL Y DE   |  |  |
| EL ENVÍO DE MUESTRA DEPERÁ REALIZARSE EN UN PERIODO NO MAYOR D  | DE 24 HORAS DESPUÉS DE SU DETEC  | CIÓN PARA EVITAR LA DISPERSIÓN DE  |
| PLAGAS.   | *  |  |
| /     AUTORIZACIÓN  |  |  |
| FIRMA: /  |  |  |
| NOMBRE: LIC. AUGUSTO MIRAFUENTES ESPINOSA   |  |  |
| PUESTO: EV DIRECTOR GENERAL   |  |  |
| En la jefatura de Verificación Sanitaria Forestal en constata que se encuentran libres de plagas y enfermedades y supervisó la adecuada aplicación de tratamiento profiláctico consigna | y teniendo a la vista<br>han cumplido con los requisito<br>do como requisito para su importa | los productos arriba descritos. Se<br>s fitosanitarios aquí descritos. Se<br>ación.  |
| Producto aplicado Dosis   | Tiempo de exposición   | Concesionario o empresa  |
|   |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR:   |  | FECHA DE EXPEDICIÓN:   |
|   |  | 22 DE NOVIEMBRE DE 2017  |
| ESTE DOCUMENTO NO TENDRÁ VALIDEZ SIN LA FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL  | DE VERIEICACIÓN SANITARIA DE LA PR   |  |

