



ORGANISMO INTERNACIONAL
REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA (OIRSA)
SERVICIO INTERNACIONAL DE TRATAMIENTOS CUARENTENARIOS (SITC)
INTERNATIONAL REGIONAL
ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH (OIRSA)
QUARANTINE TREATMENTS INTERNATIONAL SERVICES (SITC)

00006335

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO CUARENTENARIO / PROOF OF QUARANTINE TREATMENT TCQ No. **06335**

Lugar y fecha: Document Place and date:	27/10/2017	Fecha inicio tratamiento: Treatment started on date:	27/10/2017	Hora: Time:	07:02 PM	Fecha finalización tratamiento: Treatment ended on date:		Hora: Time:	
Importador / Importer Exportador / Exporter	Nombre: Name: HERRAMIENTAS PODEROSAS S.A								
TERRESTRE / LAND		AEREO / AIR		MARITIMO / MARINE					
Tipo de Transporte: Type of Vehicle:		Tipo de Aeronave: Type of Aircraft:		Nombre del Vapor: Vessel Name:					
Placa: Registration plate:		Matrícula: Registration number:		No. de Viaje: Trip No.:					
Origen: Origin:		Procedencia: Point of Departure:		Destino: Destination:					
Tipo de Tratamiento / Type of treatment:		Químico utilizado: Chemical used:		Dosis: Dose:					
Concentración: Concentration:		Cantidad de Químico utilizado: Amount of chemical used:		Temperatura ambiente: Room temperature:					
Volumen tratado: Treated volume:		Tiempo de aereación: Ventilation period:							
Tiempo de exposición: Exposure period:		Peso / volumen / unidades: Weight / volume / units:							
Producto tratado: Product treated:		Motivo del tratamiento: Treatment Purpose:							
Fecha y No. orden de tratamiento de Cuarentena: Date and Order No. for quarantine treatment:									
Observaciones: Observations:									



ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA		TCQ No. 06335	
COMPROBANTE DE PAGO			
INTERNATIONAL REGIONAL ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH			
RECEIPT			
RECIBI DE: RECEIVED FROM:		POR Q / FOR Q	
LA CANTIDAD DE: THE AMOUNT OF:		TIPO DE CAMBIO: EXCHANGE RATE:	
EN CONCEPTO DE: FOR:		QUETZALES	
CANCELADO EN: PAID IN:			
EFFECTIVO/CASH:		CREDITO/CREDIT:	
CHEQUE No./CHECK No.:		BANCO/BANK:	
TCQ, 27/10/2017			
LUGAR Y FECHA / PLACE AND DATE			
Nombre Colector SITC / SITC COLLECTOR NAME		FIRMA / SIGNATURE	
CANCELA VALOR DE TRATAMIENTO / PAYMENT FOR TREATMENT COST			

ORIGINAL CLIENTE (ADQUIRIENTE)

