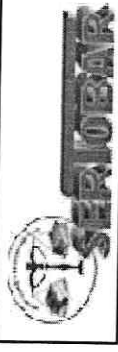


Informe Gastos

Numero de poliza

303-8501177



Cliente

RAYOVAC

Monto de transferencia

Q186.79

Monto	Recibo/Factura	Monto	Recibo/Factura
Custodio:	Q0.00	Bascula:	Q0.00
Cuadrilla:	Q0.00	Oirsa:	Q36.79
Montacarga:	Q0.00	Muellaje:	Q0.00
Marchamo:	Q0.00	Demoras:	Q0.00
Almacenaje:	Q0.00	Carta Correccion:	Q0.00
Parqueo:	Q0.00	THC:	Q0.00
Revision:	Q0.00	Maga:	Q150.00
ATC/circulacion:	Q0.00	Alimentos:	Q0.00
Autenticas:	Q0.00	Corroboracion:	Q0.00
DCS:	Q0.00	Otros:	Q0.00
Documentos:	Q0.00	Ti.Ext portuaria :	Q0.00
Multas:	Q0.00	Fotocopias:	Q0.00
Rev no instructiva:	Q0.00	Condicion:	Q0.00
Detencion:	Q0.00	Collect:	Q0.00
Despacho:	Q0.00	ATC:	Q0.00

Total:	Q186.79
Vuelto:	Q0.00

Forma de vuelto

Numero



OIRSA - MAGA
SERVICIO DE PROTECCION AGROPECUARIA (SEPA)
GUATEMALA, CENTRO AMERICA



RECIBO VARIOS PUERTO BARRIOS

No. 32762

32,762
SIN SERIE
FORMA REC-PB-OIRSA-CCC

PUESTO SEPA: PUERTO BARRIOS
RECIBI DE: RAYOVAC GUATEMALA, S.A.
DIRECCION: GUATEMALA, CIUDAD

FECHA: 19/02/2018
NIT: 89196
Q.: 150.00

POR EL PAGO DEL SIGUIENTE SERVICIO CUARENTENARIO:

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
1	1	POR INSPECCION DE 10,001 HASTA 20,000 KILOGRAMOS DE CARGA SEGUN BOLETA No. 714565	150.00

TOTAL EN LETRAS:

CIENTO CINCUENTA EXACTOS *****
JOSÉ DOMINGO MARROQUÍN SALVADOR

TOTAL Q. 150.00

OBSERVACIONES:
No Visto Barco
Fecha Vis 19/02/2018 Hora Vis
Naviera

USUARIO

COLECTOR SEPA

ACUERDO MINISTERIAL 423-2014 DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERIA Y ALIMENTACION.

ORIGINAL BLANCO: CLIENTE / COPIA ROSADA: ARCHIVO / COPIA CELESTE: CONTABILIDAD / COPIA AMARILLA: CONTRALORIA



PUERTO BARRIOS

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)

00157203

PB No. 157203

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO CUARENTENARIO / PROOF OF QUARANTINE TREATMENT

Lugar y fecha: **16/02/2018** Fecha inicio tratamiento: **16/02/2018** Hora: **12:00 AM** Fecha finalización tratamiento: _____ Hora: _____
Document Place and date: _____ Treatment started on date: _____ Time: _____ Treatment ended on date: _____ Time: _____

☐ Importador / Importer Nombre: **RAYOVAC GUATEMALA S.A.**
☐ Exportador / Exporter Name: _____

TERRESTRE / LAND **AEREO / AIR** **MARITIMO / MARINE**
Tipo de Transporte: **Marítimo** Tipo de Aeronave: _____ Nombre del Vapor: _____
Placa: _____ Matricula: _____ Vessel Name: _____
Registration plate: _____ Registration number: _____ No. de Viaje: **2**
Origin: **Holanda** Procedencia: **Colombia** Destination: **Guatemala**
Origin: _____ Point of Departure: _____ Trip No. _____
Tipo de Tratamiento / Type of treatment: **ASPERSIÓN MARITIMA** Químico utilizado: **VIROFLEX** Dosis: **5 grs/litro de agua**
Concentración: _____ Amount of chemical used: _____ Dose: _____
Concentration: **0 m3** Tiempo de aereación: **0** Temperatura ambiente: **0** °C
Treated volume: **0** Ventilation period: _____ Room temperature: _____
Exposure period: _____ Peso / volumen / unidades: **0**
Exposure period: **1 Contenedor de 40"** Weight / volume / units: _____
Product treated: _____ Motivo del tratamiento: _____
Product treated: _____ Treatment Purpose: _____
Fecha y No. orden de tratamiento de Cuarentena: _____
Date and Order No. for quarantine treatment: **QUA 1X40 HASU454217**



SERGIO MAURICIO PAZOS

JOSE DOMINGO MARROQUIN

NOMBRE, FIRMA Y SELLO JEFE PUESTO SITC /
NAME, SIGNATURE AND SEAL OF SITC POST CHIEF

NOMBRE, FIRMA Y SELLO OFICIAL DE CUARENTENA AGROPECUARIA
NAME, SIGNATURE AND SEAL OF QUARANTINE OFFICER



02050000157203

00157203

ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA
COMPROBANTE DE PAGO

PB No. 157203

INTERNATIONAL REGIONAL ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH
RECEIPT

RAYOVAC GUATEMALA S.A.

TREINTA Y SEIS CON 79/100 Quetzales

CAMIONES (6 equiv a 40") - ASP

POR Q / FOR Q *****36.79**
TIPO DE CAMBIO: **7.35801**
EXCHANGE RATE: _____

QUETZALES

RECIBI DE:
RECEIVED FROM:
LA CANTIDAD DE:
THE AMOUNT OF:
EN CONCEPTO DE:
FOR:
CANCELADO EN:
PAID IN:

EFFECTIVO/CASH: ☐

CREDITO/CREDIT: ☒

CHEQUE No./CHECK No. _____

PUERTO BARRIOS, 16/02/2018

LUGAR Y FECHA / PLACE AND DATE

Wagner Ruano

NOMBRE COLECTOR SITC / SITC COLLECTOR NAME

FIRMA / SIGNATURE



CANCELA VALOR DE TRATAMIENTO / PAYMENT FOR TREATMENT COST

CLIENTE (ADQUIRIENTE)



02050000157203