



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)

00016251

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO CUARENTENARIO / PROOF OF QUARANTINE TREATMENT TCQ No. **16251**

Lugar y fecha: Document Place and date: 05/04/2018	Fecha inicio tratamiento: Treatment started on date: 05/04/2018	Hora: 09:14 AM	Fecha finalización tratamiento: Treatment ended on date:	Hora: Time:
☐ Importador / Importer ☒ Exportador / Exporter	Nombre: NUEVOS ALMACENES, S. A.			
TERRESTRE / LAND	AEREO / AIR	MARITIMO / MARINE		
Tipo de Transporte: Marítimo	Tipo de Aeronave: Type of Aircraft:	Nombre del Vapor: Vessel Name: MARINER		
Placa: Registration plate: 1805	Matrícula: Registration number:	No. de Viaje: Trip No.		
Origen: China	Procedencia: Point of Departure: China	Destino: Destination: Guatemala		
Tipo de Tratamiento / Type of treatment: ASPERSION MARITIMA	Químico utilizado: Chemical used: VIRKON S	Dosis: Dose: 10 gr/litros de agua		
Concentración: Concentration:	Cantidad de Químico utilizado: Amount of chemical used:	Temperatura ambiente: Room temperature: 0 °C		
Volumen tratado: 0 m3	Tiempo de exposición: Exposure period:	Tiempo de aereación: Ventilation period:		
Producto tratado: 1 Contenedor de 40"	Peso / volumen / unidades: Weight / volume / units:	Motivo del tratamiento: Treatment Purpose:		
Fecha y No. orden de tratamiento de Cuarentena: Date and Order No. for quarantine treatment:				
Observaciones: 01*40 PONUS104028				



02200000016251

00016251

ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA		TCQ No. 16251	
COMPROBANTE DE PAGO			
INTERNATIONAL REGIONAL ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH			
RECEIPT			
RECIBI DE: RECEIVED FROM: LA CANTIDAD DE: THE AMOUNT OF: EN CONCEPTO DE: FOR: CANCELA EN: PAID IN:	NUEVOS ALMACENES, S. A. TREINTA Y SIETE CON 2/100 Quetzales CAMIONES (6 equiv a 40") - ASP TCQ 05/04/2018		
EFFECTIVO/CASH:		CREDITO/CREDIT:	CHEQUE No./CHECK No.
LUGAR Y FECHA / PLACE AND DATE		BANCO/BANK:	
Nombre Colector SITC / SITC COLLECTOR NAME		FIRMA / SIGNATURE	
CANCELA VALOR DE TRATAMIENTO / PAYMENT FOR TREATMENT COST		SELO / SEAL	

ORIGINAL CLIENTE (ADQUIRIENTE)



00016251