



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)

00045147

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO CUARENTENARIO / PROOF OF QUARANTINE TREATMENT **APM No. 45147**

Lugar y fecha: Document Place and date:	21/12/2018	Fecha inicio tratamiento: Treatment started on date:	21/12/2018	Hora: Time:	10:12 AM	Fecha finalización tratamiento: Treatment ended on date:		Hora: Time:	
☐ Importador / Importer ☒ Exportador / Exporter	Nombre: HERRAMIENTAS PODEROSAS, S.A.								
TERRESTRE / LAND		AEREO / AIR		MARITIMO / MARINE					
Tipo de Transporte: Marítimo		Tipo de Aeronave:		Nombre del Vapor: KOTA CABAR					
Placa: 041E		Matrícula:		No. de Viaje:					
Origen: China		Procedencia: China		Destino: Guatemala					
Tipo de Tratamiento / Type of treatment: ASPERSIÓN MARITIMA		Químico utilizado: VIROFLEX		Dosis: 10 gr/litro de agua					
Concentración:		Chemical used:		Dose:					
Volumen tratado: 0m3		Cantidad de Químico utilizado: 0		Temperatura ambiente: 0 °C					
Tiempo de exposición: 0		Amount of chemical used:		Room temperature:					
Producto tratado: 1 Contenedor 20		Tiempo de aeración: 0							
Fecha y No. orden de tratamiento de Cuarentena:		Peso / volumen / unidades: 0							
Observaciones: MRK08651240		Molvido del tratamiento: 0							
Observations:		Treatment Purpose:							
Rony Palma		NOMBRE, FIRMA Y SELLO OFICIAL DE CUARENTENA AGROPECUARIA NAME, SIGNATURE AND SEAL OF QUARANTINE OFFICER							



0220000045147

00045147

ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA COMPROBANTE DE PAGO INTERNATIONAL REGIONAL ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH RECEIPT		APM No. 45147	
RECIBI DE: RECEIVED FROM: LA CANTIDAD DE: THE AMOUNT OF: EN CONCEPTO DE: FOR: CANCELADO EN: PAID IN:		POR Q / FOR Q ***46.43 TIPO DE CAMBIO: EXCHANGE RATE: 7.73892 QUETZALES	
HERRAMIENTAS PODEROSAS, S.A. CUARENTA Y SEIS CON 43/100 Quetzales CAMIONES (ó equiv a 20") - ASP		EFFECTIVO/CASH: ☐ CREDITO/CREDIT: ☒ CHEQUE No./CHECK No. ☐	
TCQ 21/12/2018		BANCO/BANK:	
LUGAR Y FECHA / PLACE AND DATE		FIRMA / SIGNATURE	
Jorge Mario de la Cruz Cristales			
NOMBRE COLECTOR SITC / SITC COLLECTOR NAME			
CANCELA VALOR DE TRATAMIENTO / PAYMENT FOR TREATMENT COST			
ORIGINAL CLIENTE (ADQUIRIENTE)			



0220000045147