



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)

00197819

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO CUARENTENARIO / PROOF OF QUARANTINE TREATMENT PB No. **197819**

Lugar y fecha: 16/03/2021 Fecha inicio tratamiento: 16/03/2021 Hora: 12:00 AM Fecha finalización tratamiento: Hora:

Importador / Importer Nombre: DISTRIBUIDORA RAYOVAC GUATEMALA S.A.
Exportador / Exporter

TERRESTRE / LAND AEREO / AIR MARITIMO / MARINE

Tipo de Transporte: Marítimo Tipo de Aeronave: Nombre del Vapor: Vessel Name:
Placa: Matricula: No. de Viaje: Trip No.
Origen: Brasil Procedencia: Brasil Destino: Guatemala
Origin: Point of Departure: Destination:

Tipo de Tratamiento / Type of treatment: ASERCIÓN MARITIMA Químico utilizado: INTERCEPT
Concentración: Dosis: 20 c.c./Libro de Agua
Concentration: Dose:
Volumen tratado: 0.04
Treated volume: Amount of chemical used:
Tiempo de exposición: 0
Exposure period: Ventilation period:
Producto tratado: Contenedor de 40' Peso / volumen / unidades: 0
Product treated: Weight / volume / units:
Fecha y No. orden de tratamiento de Cuarentena: Motivo del tratamiento: 0
Date and Order No. for quarantine treatment: Treatment Purpose:
Observaciones: GUA 2*40 SEGUN EL MEDICAMENTO SITC

SERGIO MAURICIO PAZOS AMILCAR CEBALLOS
NOMBRE, FIRMA Y SELLO JEFE PUESTO SITC / NOMBRE, FIRMA Y SELLO OFICIAL DE CUARENTENA AGROPECUARIA
NAME, SIGNATURE AND SEAL OF SITC POST CHIEF NAME, SIGNATURE AND SEAL OF QUARANTINE OFFICER



02050000197819

00197819

ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA PB No. **197819**
COMPROBANTE DE PAGO
INTERNATIONAL REGIONAL ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH
RECEIPT

RECIBI DE: DISTRIBUIDORA RAYOVAC GUATEMALA S.A.
RECEIVED FROM:
LA CANTIDAD DE: CIENTO QUINCE CON 81/100 Quetzales
THE AMOUNT OF:
EN CONCEPTO DE: TRAILER (CONTENEDOR DE 40') Y RAYOVAC S.A.
FOR:
CANCELADO EN: EFECTIVO/CASH: CREDITO/CREDIT: X CHECK NO. BANCO/BANK:
PAID IN: PUERTO BARRIOS, 16/03/2021

LUGAR Y FECHA / PLACE AND DATE

Inner Flores

NOMBRE COLECTOR SITC / SITC COLLECTOR NAME

CANCELA VALOR DE TRATAMIENTO / PAYMENT FOR TREATMENT COST

ORIGINAL CUENTE (ADQUIRIENTE)



02050000197819