****

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha de Expedición

**CERTIFICADO DE SANIDAD ACUÍCOLA PARA IMPORTACIÓN**

Hoja 1 de 1

|  |
| --- |
| La Oficina de Inspección de Sanidad Agropecuaria en: Elija un elemento.  En cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 14, 16 y 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2 fracción I, 17, 18, 26 y 35 fracción IV y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 2 y 16 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 1, 5, 7, 103, 104, 105 fracciones I y IV, 107, 113 y 114 de la Ley General de Pesca y Acuacultura Sustentables; 2 inciso B fracción V, 19 fracciones IV, XXII, XXVI y 52 del Reglamento Interior de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural; 1, 4, 6 fracción IV, 13, 14 fracciones XIV, 17 fracciones I, II y III, del Reglamento Interior del SENASICA; el Acuerdo que establece las mercancías cuya importación está sujeta a regulación por parte de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, así como la emisión del certificado de origen para la exportación de café; y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables. |

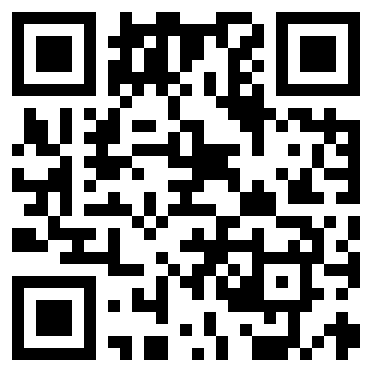
|  |
| --- |
| **CERTIFICA** |
| Que se realizó la inspección a los productos que se citan, determinando que reúnen las condiciones de sanidad acuícola requeridas para su importación.  Mercancía sujeta al programa SISI |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMPORTADOR** | | |
| Nombre o Razón Social: Nombre o Razón Social Solicitante |  | RFC: RFC Solicitante |
|  |  |  |
| Domicilio: Domicilio Solicitante |  |  |
| C.P.: C.P. Solicitante | Estado: Entidad Federativa Solicitante | Municipio: Municipio Solicitante |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPORTADOR** | |
| Nombre o Razón Social:Nombre o Razón Social Exportador |  |
| Domicilio: Domicilio Exportador | No. Guía: No. de Guía |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consecutivo** | **Fracción** | **Nico** | **Descripción de la mercancía** | **Tipo de**  **Requisito** | **Requisito** | **País Origen** | **País Procedencia** | **Certificado** | **Cantidad** | **UMT** |
| No. Partida | Fracción Arancelaria | Nico | Descripción | Tipo Requisito | Tipo Requisito | País Origen | País Procedencia | No. Certificado Internacional | Cantidad UMT | UMT |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOVILIZACIÓN INTERNA HASTA SU DESTINO FINAL** | | | |
| Destinatario: Nombre o Razón Social Destinatario | | | |
| Domicilio: Domicilio Destinatario | |  |  |
| C.P.: C.P. Destinatario | Tel.: Teléfono Destinatario | Estado: Entidad Federativa Destinatario | Municipio:Municipio Destinatario |

****

|  |  |
| --- | --- |
| Puntos de Verificación:Punto de Verificación | |
| Medio de Transporte:Medio de Transporte | Identificación:Identificación del Transporte |
| Transportista:Nombre de la Empresa Transportista | Flejes Número:Número de Fleje |

**Sello**

|  |
| --- |
| Vigencia: 8 días naturales a partir de la fecha de su expedición |
| **CERTIFICA** |
| Nombre del personal oficial |
| **Firma** |