Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

Dirección de Fitozoogenética y Recursos Nativos
Departamento de Registro Genealógico

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROCESADO EN EL PAIS E IMPORTADO DE GANADO BUFALINO

Con base en lo que establece el Acuerdo Ministerial No. 103-2019, Establecer el Registro Genealógico de Ganado Bufalino.

Guatemala _____ de_____ de 20_____

Médico Veterinario Colegiado Activo _____

_____, CERTIFICA que

con fecha _____ de_____ del _____ se realizó

trasferencia de embriones, nacional ( ) importado ( ) a la hembra especie _____

Raza _____ nombre completo de la hembra_____

_____

y número de Registro Genealógico. _____ nombre completo del semental _____

_____

y número de Registro Genealógico _____ o Registro Genealógico de Asociación

Internacionalmente Reconocida_____

REPORTE EMBRION NACIDO

No. de Orden	Raza	Nombre del Semental	Registro Privado	No. de Registro Genealógico del País de Origen	Nombre de la Hembra Donadora	Registro Privado	No. de Registro Genealógico del País de Origen	Nombre de la cría nacida	Número de registro privado	Fecha de nacimiento	Observaciones

Se deberá Adjuntar los siguientes requisitos:

No.	Documento a presentar	Sección exclusiva analistas DRGG (no llenar)
1	**Formulario DFRN-02-R-038 debidamente lleno**	
2	Adjuntar catálogo y genealogía de los embriones importados (si aplica)	
3	Copia del Colegiado Activo	
4	Timbre de Médico Veterinario	

Nota: el presente expediente deberá ser presentado en folder con gancho en el orden indicado, caso contrario no se recibirá.

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

Dirección de Fitozoogenética y Recursos Nativos
Departamento de Registro Genealógico

AVISO: el presente formulario deberá ser entregado sin tachones, borrones, alteraciones, tampoco hacer uso de corrector, ya que será rechazado de inmediato.

Declaro que la información correspondiente a la presente solicitud está bajo la responsabilidad del Criador.

_____

Médico Veterinario Colegiado Activo

Adjuntar Timbre Médico Veterinario

_____
Lugar y fecha de expedido