SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

COMISION NACIONAL DE AREAS NATURALES PROTEGIDAS

ANEXO 8
RECIBO COMUNITARIO DEL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE 2014 (PROYECTO).

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

NOMBRE PROYECTO:_____

CONVENIO No.: _____

TIPO DE PAGO	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	MONTO
MATERIALES			
RENTA DE EQUIPO O MAQUINARIA			
PAGO ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA (*si aplica*)			
TRASLADO DE MATERIALES E INSUMOS			
TOTAL			

DATOS DELPRESTADOR(A) DEL SERVICIO (Si aplica)): _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

_____

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa

DIRECCIÓN: _____

_____

POR EL “COMITÉ DE SEGUIMIENTO”

_____
Nombre y Firma del Presidenta(e)

_____
Nombre y Firma del Secretaria(o)

_____
Nombre y Firma del Tesorera(o)

SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

COMISION NACIONAL DE AREAS NATURALES PROTEGIDAS

ANEXO 8
RECIBO COMUNITARIO PROGRAMA DE CONSERVACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE 2014 (CURSO DE CAPACITACIÓN O ESTUDIO TÉCNICO)

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

NOMBRE DEL CURSO DE CAPACITACIÓN O ESTUDIO TÉCNICO:

_____

CONVENIO No.: _____

NOMBRE DEL PRESTADOR(A) DE SERVICIOS	(No. DE PAGO REALIZADO)	MONTO

POR EL "COMITÉ DE SEGUIMIENTO"

_____
Nombre y Firma del Presidenta(e)

_____
Nombre y Firma del Secretaria(o)

_____
Nombre y Firma del Tesorera(o)

POR EL "PRESTADOR(A) DE SERVICIOS"

_____
Nombre y Firma del Prestador(a) de Servicios

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa

SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

COMISION NACIONAL DE AREAS NATURALES PROTEGIDAS

ANEXO 8
RECIBO COMUNITARIO
PROGRAMA DE CONSERVACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE 2014
(PARA PROYECTOS Y CURSOS DE CAPACITACIÓN)

FECHA: _____

RP: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

NOMBRE DEL PROYECTO (SI APLICA):_____

NOMBRE DEL CURSO DE CAPACITACIÓN (SI APLICA): _____

CONVENIO No.: _____

TIPO DE PAGO	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	MONTO
PAGO DE ACCIONES AFIRMATIVAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO TOTAL			

LOS ABAJO FIRMANTES AUTORIZAMOS SE REALICEN LOS PAGOS SEÑALADOS EN EL PRESENTE RECIBO COMUNITARIO

POR EL "COMITÉ DE SEGUIMIENTO"

_____
Nombre y Firma del Presidenta(e)

_____
Nombre y Firma del Secretaria(o)

_____
Nombre y Firma del Tesorera(o)

POR LA "ACCIÓN AFIRMATIVA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO"

_____
Nombre y Firma

*Adicionar nombres y firmas como sean necesarias

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa