

ANEXO 7 INFORME DE SUPERVISIÓN

Lugar _____ Fecha _____ Visita N° _____

1.- Región Prioritaria: _____

2.- Nombre del concepto de apoyo: _____

3.- No. de Convenio: _____

4.- Localidad: _____, Municipio _____ Estado _____

5.- Metas del Concepto de apoyo: _____

6.- Avance físico:

Mes	Actividades Programadas (de acuerdo al cronograma del Plan de Trabajo)	Actividades realizadas	Actividades no realizadas	Porcentaje avance físico

7.- En el caso de existir actividades no realizadas explicar cuáles fueron las causas:

8.- Avance en el ejercicio de los recursos entregados al beneficiario a la fecha:

Monto entregado a la fecha: _____ (si se trata más de una ministración especificar el monto entregado en cada una de ellas), ejercido a la fecha: _____, saldo a la fecha:

9.- Por lo anterior el Director Regional o de ANP libera técnicamente el pago correspondiente:

Si ()

No ()

Responsable técnico del proyecto
(Nombre, firma y cargo)

Vo. Bo.
(Nombre y firma del(la) Director/a de
ANP o Regional)

(Nombre y firma del Representante legal del Beneficiario)