

**ANEXO 16. ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN  
PROVICOM 2013**

NUMERO DE CONVENIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TIPO DE APOYO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA REGION PRIORITARIA (RP): \_\_\_\_\_ CLAVE DE LA RP: \_\_\_\_\_

RECEPCION: TOTAL: \_\_\_\_\_ PARCIAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LAS/LOS REPRESENTANTES DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS: \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA, MUNICIPIO Y LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CLAVES \_\_\_\_\_

FECHA DE AUTORIZACION: \_\_\_\_\_ FECHA FIRMA DE CONVENIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE ACUERDO CONVENIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE TERMINO DE ACUERDO CONVENIO: \_\_\_\_\_

FECHA REAL DE INICIO: \_\_\_\_\_ FECHA REAL TERMINO : \_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE LOS TRABAJOS ACCIONES QUE SE REALIZARON, METAS, OBJETIVOS Y CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS:

DESCRIPCION DE LAS MODIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE VIGILANCIA COMUNITARIA A PARTIR DE LO PROGRAMADO EN LA MEMORIA DE CÁLCULO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO).

JUSTIFICACION DE MODIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR):

IMPORTE DE CONVENIO ORIGINAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

IMPORTE DE MINISTRACIONES:

No. DE MINISTRACION \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ PERIODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

No. DE MINISTRACION \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ PERIODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

No. DE MINISTRACION \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ PERIODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

No. DE MINISTRACION \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ PERIODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

TERMINOS BAJO LOS CUALES SE EFECTÚA LA ENTREGA RECEPCION: (Deberá describirse cualitativa y cuantitativamente las características de las acciones.

OBSERVACIONES: (De presentarse alguna irregularidad en las acciones quien reciba podrá firmar el acta de manera condicionada y anotar en ella las razones de dicha inconformidad. Además Indicar los plazos acordados para solventar las observaciones a que dé lugar dicha inconformidad).

EL DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A LAS \_\_\_\_\_ HRS. EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_

<p>CONANP</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR(A) DEL ANP O DIRECTOR(A) REGIONAL</p>	<p>PERSONAS BENEFICIARIAS</p> <p>_____</p> <p>C. PRESIDENTA(E)</p> <p>_____</p> <p>C. SECRETARIA(O)</p> <p>_____</p> <p>C. TESORERA(O)</p>	<p>_____</p> <p><u>Contraloría social (vocal del Comité de Vigilancia Comunitaria).</u></p> <p>_____</p> <p><u>Contraloría social (vocal del Comité de Vigilancia Comunitaria).</u></p>
---	--	---