

**ANEXO No. 14
PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE MAÍZ CRIOLLO 2015
FICHA TÉCNICA
PARA ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO**

TIPO DE ACTIVIDAD:	INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS ()	FERIAS DE MAÍZ CRIOLLO ()	CURSO-TALLER ()	BANCO DE SEMILLAS ()
TÍTULO:				
OBJETIVO:				
A QUE ESTRATEGIA O PROYECTO SE ASOCIA:				
PERFIL DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:				
PERFIL DEL BENEFICIARIO				
FECHA DE REALIZACIÓN (DURACIÓN):	NUMERO DE DIAS Y/O HORAS DE LA ACTIVIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO QUE SE REALIZA :		NUMERO DE PARTICIPANTES: HOMBRES : _____ MUJERES: _____	
SEDE (ESTADO, MPIO., LOCALIDAD):				
COSTO (PESOS):	CONANP: \$ _____	OTRAS FUENTES: \$ _____	TOTAL: \$ _____	

ACTIVIDADES REALIZADAS (EN CASO DE CURSO DE CAPACITACIÓN AÑADIR QUÉ METODOLOGÍA SE EMPLEO)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS EN CASO DE SER CURSO DE CAPACITACIÓN	
CONCEPTO	COSTO (PESOS)
PARTICIPANTES:	
A) HOSPEDAJE	\$ _____
B) ALIMENTACIÓN	\$ _____
C) PASAJES	\$ _____
	SUBTOTAL : \$ _____

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

PAPELERÍA (CARPETAS, HOJAS BLANCAS, PLUMAS, LÁPICES, GAFETES, ACETATOS, DISKETTES, ETC.)	SUBTOTAL: \$ _____ \$
RENTA DE INSTALACIONES (AUDITORIO, SALA DE JUNTAS, SALÓN, ETC.) Y EQUIPO (COMPUTADORA, PROYECTORES DE ACETATOS, DIAPOSITIVAS, PANTALLA, T.V., VIDEOCASSETERAS, ETC.)	SUBTOTAL: \$ _____ \$
MATERIAL DIDÁCTICO: A) DISEÑO _____ B) REPRODUCCIÓN _____	SUBTOTAL: \$ _____ \$
INSTRUCTORES (CONFERENCISTAS, PANELISTAS, ETC.): A) VIÁTICOS _____ B) PASAJES _____ C) HONORARIOS _____	SUBTOTAL: \$ _____ \$
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:	
ILUSTRACIÓN:	

TRATANDOSE DE BANCO DE SEMILLAS:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
BANCO DE SEMILLAS			

ILUSTRACIÓN DEL BANCO DE SEMILLA

DESCRIPCIÓN	
-------------	--

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

ILUSTRACIÓN

El prestador de servicios deberá entregar dos originales con el informe de la actividad realizada, para todos los casos se debe adjuntar un anexo fotográfico y una memoria de la actividad por día, en forma impresa y digital, una para la persona Beneficiaria y otra para la Dirección del ANP o Dirección Regional, según corresponda.

APROBACIÓN

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA CONANP Y DE LOS REPRESENTANTES DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS:

EL DÍA _____ DE _____ A LAS _____ HRS. EN LA CIUDAD DE _____

CONANP

PERSONA BENEFICIARIA

PRESTADOR DE SERVICIOS

NOMBRE Y FIRMA DEL

Nombre y firma

Nombre y firma del prestador

DIRECTOR(A) DEL ANP O DIRECTOR(A)
REGIONAL

POR EL "COMITÉ DE PARTICIPACIÓN
SOCIAL" DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS
(Anotar los nombres de los representantes del
Comité de Participación Social)

C. PRESIDENTA (E)

C. SECRETARIA (O)

C. TESORERA (O)

