

ANEXO No. 20
"ACTA DE ENTREGA RECEPCION"
SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES
COMISION NACIONAL DE AREAS NATURALES PROTEGIDAS
PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE MAÍZ CRIOLLO 2015

NOMBRE DEL CONCEPTO DE APOYO: _____ _____	NUMERO DE CONVENIO: _____
NOMBRE DE LA REGION PRIORITARIA (RP) _____ RECEPCION: TOTAL: _____ PARCIAL: _____	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA MORAL O DE LOS REPRESENTANTES DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL: _____	
ENTIDAD FEDERATIVA (nombre y clave) _____, MUNICIPIO (nombre y clave) _____, LOCALIDAD (nombre y clave) _____	
FECHA DE FIRMA DEL CONVENIO: _____	
FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TERMINO: _____	
DESCRIPCION DE LOS TRABAJOS ACCIONES QUE SE REALIZARON, METAS, OBJETIVOS Y CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS: _____	
DESCRIPCION DE LAS MODIFICACIONES CONFORME A LO PROGRAMADO EN EL EXPEDIENTE TÉCNICO (INCLUYENDO LA MEMORIA DE CALCULO) FICHA TÉCNICA Y TÉRMINOS DE REFERENCIA, SEGÚN CORRESPONDA (EN CASO DE EXISTIR): _____	
JUSTIFICACION DE MODIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR): _____	
IMPORTE DE CONVENIO: _____ IMPORTE DE CONVENIO MODIFICATORIAO (EN SU CASO): _____	
No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____	

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



CONANP
COMISIÓN NACIONAL
DE ÁREAS NATURALES
PROTEGIDAS

No. DE MINISTRACION _____	IMPORTE _____	FECHA _____
No. DE MINISTRACION _____	IMPORTE _____	FECHA _____

TERMINOS BAJO LOS CUALES SE EFECTUA LA ENTREGA RECEPCION: (Deberá describirse cualitativa y cuantitativamente las características de las acciones apoyadas. Es compromiso de las personas beneficiarias vigilar su adecuada operación y darle el mantenimiento correspondiente).

OBSERVACIONES: (De presentarse alguna irregularidad en la acción apoyada, 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).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA CONANP Y DE LA PERSONA BENEFICIARIA, O DE LOS REPRESENTANTES DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL:

EL DIA _____ DE _____ DE 2015 A LAS _____ HRS. EN LA CIUDAD DE _____
CONANP PERSONA BENEFICIARIA

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR(A) DEL ANP O DIRECTOR(A) REGIONAL _____

C. PRESIDENTA(E) DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL _____
TESTIGO
(Representante del órgano estatal de control o representante municipal O CONTRALORIA SOCIAL VOCALES DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL)

C. SECRETARIA(O) DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL _____

C. TESORERA(O) DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL _____

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