



SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES  
COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS  
PROGRAMA DE INTEGRACIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE  
MANEJO DE LAS ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS COMPETENCIA DE LA  
FEDERACIÓN (PROMANP) 2013



ANEXO 11

ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN

Número de Convenio: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONCEPTO DE APOYO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN REGIONAL O DIRECCIÓN DEL ANP:		
RECEPCIÓN:	TOTAL:	PARCIAL:
FECHA DE AUTORIZACIÓN:	FECHA FIRMA DEL CONVENIO:	
FECHA DE INICIO SEGÚN CONVENIO:	FECHA TERMINACIÓN:	

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS/ACCIONES REALIZADAS:

DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR):

JUSTIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR):

IMPORTE DEL CONVENIO:	FECHA:	DURACION DE:	A:
IMPORTE DE MINISTRACIONES:			

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

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES  
COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS  
PROGRAMA DE INTEGRACIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE  
MANEJO DE LAS ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS COMPETENCIA DE LA  
FEDERACIÓN (PROMANP) 2013

ANEXO 11

ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN

Número de Convenio: \_\_\_\_\_

NO. DE MINISTRACIÓN	_____	IMPORTE	_____	FECHA	_____	PERIODO DE	_____	A	_____
NO. DE MINISTRACIÓN	_____	IMPORTE	_____	FECHA	_____	PERIODO DE	_____	A	_____
NO. DE MINISTRACIÓN	_____	IMPORTE	_____	FECHA	_____	PERIODO DE	_____	A	_____

TÉRMINOS BAJO LOS CUALES SE EFECTUA LA ENTREGA RECEPCIÓN: (es compromiso de los Beneficiarios vigilar su adecuada operación y en su caso dar, mantenimiento correspondiente).

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

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA CONANP Y DEL BENEFICIARIO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL  
EL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A LAS \_\_\_\_\_ HORAS, EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_.

TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO O  
REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
EL DIRECTOR REGIONAL O DIRECTOR DE  
ANP, (SEGÚN CORRESPONDA)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA