

**ANEXO 7  
INFORME DE SUPERVISIÓN DEL PROMANP 2015**

Fecha \_\_\_\_\_ Visita N° \_\_\_\_\_

- 1.- Área Natural Protegida: \_\_\_\_\_
- 2.- Nombre, denominación o razón social del beneficiario: \_\_\_\_\_
- 3.- Nombre del concepto de apoyo: \_\_\_\_\_
- 3.- No. de Convenio: \_\_\_\_\_
- 4.- Estado \_\_\_\_\_
- 5.- Metas del Concepto de apoyo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- Avance físico:

Mes	Actividades Programadas (de acuerdo al Programa de Trabajo)	Actividades realizadas	Actividades no realizadas	Porcentaje de 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: \_\_\_\_\_

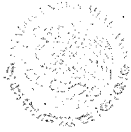
9.- Por lo anterior el Director del ANP o Director Regional libera técnicamente el pago correspondiente:

Si ( )

No ( )

SEMARNAT

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE  
Y RECURSOS NATURALES



CONANP

COMISIÓN NACIONAL  
DE ÁREAS NATURALES  
PROTEGIDAS

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y cargo del responsable técnico  
del ANP o de la Dirección Regional, según  
corresponda.

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo.  
Nombre y firma del(la)  
Director(a) de  
ANP o Director(a) Regional, según  
corresponda.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Beneficiario, responsable técnico  
del Beneficiario o su representante legal.