

**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: _____

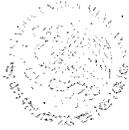
9.- Por lo anterior el Director del ANP o Director Regional libera técnicamente el pago correspondiente:

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.