



SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES  
 COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS  
 PROGRAMA DE MONITOREO BIOLÓGICO EN ÁREAS NATURALES  
 PROTEGIDAS  
 ANEXO 11  
 ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN



Número de Convenio: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ANP O EN SU CASO, DIRECCIÓN REGIONAL:

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

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



SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES  
COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS  
PROGRAMA DE MONITOREO BIOLÓGICO EN ÁREAS NATURALES  
PROTEGIDAS



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 la ejecución del protocolo de monitoreo (incluir el nombre del protocolo) 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 de lugar dicha inconformidad).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA CONANP Y DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL BENEFICIARIO

EL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A LAS \_\_\_\_\_ HORAS, EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Representante Legal del Beneficiario.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo