

ANEXO 8
FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES

**PROGRAMA DE MONITOREO BIOLÓGICO EN REGIONES PRIORITARIAS,
EJERCICIO FISCAL 2013
INFORME DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES**

Lugar: _____ Fecha: _____ Informe N° _____

1.- Región Prioritaria: _____

2.- Denominación o razón social del solicitante: _____

3.- Nombre del Concepto de Apoyo: _____

4.- No. de Convenio: _____

5.- Estado: _____

6.- Metas _____

7.- Avance físico

Actividades Programadas (de acuerdo al cronograma del plan de trabajo)	Actividades realizadas	Actividades no realizadas	Porcentaje de avance físico

8.- En el caso de existir actividades no realizadas, explicar cuáles fueron las causas:

9.- Avance en el ejercicio de los recursos entregados al beneficiario a la fecha:

Monto entregado: _____ ejercido _____, saldo: _____

10.- Por lo anterior, se libera técnicamente el pago correspondiente () SI () NO

Nombre, firma y cargo del personal
técnico del ANP o de la Dirección
Regional, según corresponda

{Nombre y firma del responsable técnico
del Beneficiario}

Vo. Bo.

Nombre y firma del(la)
Director(a) de
ANP o Director(a) Regional, según corresponda.}