ANEXO No. 22

“ACTA DE ENTREGA RECEPCION”

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

COMISION NACIONAL DE AREAS NATURALES PROTEGIDAS

PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE MAÍZ CRIOLLO 2014

NUMERO DE CONVENIO: _____

NOMBRE DEL CONCEPTO DE APOYO:

NOMBRE DE LA REGION PRIORITARIA (RP) _____ CLAVE DE LA RP _____
RECEPCION: TOTAL: _____ PARCIAL: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA MORAL O DE LOS REPRESENTANTES DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL: _____
ENTIDAD FEDERATIVA, MUNICIPIO Y LOCALIDAD:_____ CLAVES _____

FECHA DE AUTORIZACION: _____ FECHA FIRMA DE CONVENIO: _____
FECHA DE INICIO SEGUN CONVENIO: _____ FECHA DE TERMINO SEGUN CONVENIO:_____

DESCRIPCION DE LOS TRABAJOS ACCIONES QUE SE REALIZARON, METAS, OBJETIVOS Y CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS:
DESCRIPCION DE LAS MODIFICACIONES CONFORME A LO PROGRAMADO EN EL EXPEDIENTE TÉCNICO (INCLUYENDO LA MEMORIA DE CÁLCULO) FICHA TÉCNICA Y TÉRMINOS DE REFERENCIA, SEGÚN CORRESPONDA (EN CASO DE EXISTIR):
JUSTIFICACION DE MODIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR):

IMPORTE DE CONVENIO ORIGINAL: _____ 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.

SEMARNAT
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

CONANP
COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS

No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE _____ A _____
No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE _____ A _____

No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE _____ A_ _____
No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE _____ A_ _____

TERMINOS BAJO LOS CUALES SE EFECTUA LA ENTREGA RECEPCION: (Deberá describirse cualitativa y cuantitativamente las características de las acciones apoyadas. Es compromiso de las personas beneficiarias vigilar su adecuada operación y darle el mantenimiento correspondiente).

OBSERVACIONES: (De presentarse alguna irregularidad en la acción apoyada, quien reciba podrá firmar el acta de manera condicionada y anotar en ella las razones de dicha inconformidad. Además Indicar los plazos acordados para solventar las observaciones a que dé lugar dicha inconformidad).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA CONANP Y DE LA PERSONA BENEFICIARIA, O DE LOS REPRESENTANTES DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL:

EL DIA _____ DE _____ DE 2014 A LAS _____ HRS. EN LA CIUDAD DE _____

CONANP	PERSONA BENEFICIARIA	
_____	_____	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR(A) DEL ANP O DIRECTOR(A) REGIONAL	C. PRESIDENTA(E) DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	TESTIGO (Representante del órgano estatal de control o representante municipal O CONTRALORÍA SOCIAL VOCALES DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL)
	_____	
	C. SECRETARIA(O) DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	
	_____	
	C. TESORERA(O) DEL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	

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