SEMARNAT

CONANP
Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas

ANEXO No. 20
PROGRAMA DE RECUPERACIÓN Y REPOBLACIÓN DE ESPECIES EN RIESGO 2018
COMPONENTE DE CONSERVACIÓN DE MAÍZ CRIOLLO
RECIBO COMUNITARIO PARA PAGO POR CONSERVACIÓN *IN SITU* Y PROYECTO PRODUCTIVO

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

NÚMERO DE FOLIO: _____

CONCEPTO DE APOYO: _____

CONVENIO NO.:_____

TIPO DE PAGO	**DESCRIPCIÓN** (TIPO DE MATERIAL ADQUIRIDO)	**COSTO UNITARIO**	**MONTO**
MATERIALES			
RENTA DE EQUIPO O MAQUINARIA			
TOTAL			

DATOS DEL VENDEDOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO Y/O NOMBRE DEL VENDEDOR: _____

_____

DOMICILIO: _____

POR EL "COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL" DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

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

SEMARNAT

CONANP
Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas

(Anotar los nombres de los representantes del Comité de Participación Social)

_____

(Nombre y firma del Presidenta(e)

_____

(Nombre y firma del Secretaria(o)

_____

(Nombre y firma del Tesorera(o)

POR EL QUE REALIZA LA VENTA

_____

Nombre y Firma del vendedor

SEMARNAT

CONANP
COMISIÓN NACIONAL DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS

ANEXO No. 20
PROGRAMA DE RECUPERACIÓN Y REPOBLACIÓN DE ESPECIES EN RIESGO 2018
COMPONENTE DE CONSERVACIÓN DE MAÍZ CRIOLLO
RECIBO COMUNITARIO PARA EL PAGO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS
ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO

FECHA: _____

REGIÓN PRIORITARIA: _____

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

NÚMERO DE FOLIO: _____

CONCEPTO DE APOYO: _____

CONVENIO NO.:_____

NOMBRE PRESTADOR DE SERVICIOS	(NO. DE PAGO REALIZADO	MONTO

POR EL "COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL" DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS
(Anotar los nombres de los representantes del Comité de Participación Social)

_____
(Nombre y firma del Presidenta(e)

_____
(Nombre y firma del Secretaria(o)

_____
(Nombre y firma del Tesorera(o)

EL ABAJO FIRMANTE RECIBE DE CONFORMIDAD EL PAGO REALIZADO

POR EL "PRESTADOR DE SERVICIOS"

_____
Nombre y Firma del Prestador de Servicios

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