



ANEXO 11
PROGRAMA DE MANEJO DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS (PROMANP) 2018
ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN
{COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DE ANP}
{COMPONENTE DE MONITOREO BIOLÓGICO}

{descripción} = Campos que deben ser sustituidos por la información específica correspondiente.
{explicación} = Instrucciones que deben tomarse en cuenta, y eliminar del convenio elaborado.
{eliminar el cuadro anterior en la acta entrega elaborados}

NÚMERO DE CONVENIO: _____

NOMBRE DE LA DIRECCIÓN REGIONAL O DIRECCIÓN DE ANP: _____
 NOMBRE DE LA PERSONA BENEFICIARIA: _____
 RECEPCIÓN DEL CONCEPTO DE APOYO: TOTAL: _____ PARCIAL: _____
 PERFIL DE LA PERSONA BENEFICIARIA:
 INSTITUCIONES DE INVESTIGACIÓN () INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR ()
 CENTROS DE INVESTIGACIÓN () ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL ()

NOMBRE DEL CONCEPTO DE APOYO: _____
 DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO DE APOYO: [Objetivo y productos esperados]
 FECHA DE AUTORIZACIÓN DEL APOYO: _____ IMPORTE DE CONVENIO: _____
 FECHA DE INICIO DEL CONVENIO: _____ FECHA DE TÉRMINO DEL CONVENIO: _____

IMPORTE DE MINISTRACIONES:
 NO. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE [FECHA DE FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]
 CONVENIO] _____ A _____ [FECHA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]
 No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE [DÍA POSTERIOR DE LA FECHA DE LA
 FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN] _____ A _____ [FECHA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA SEGUNDA
 SUPERVISIÓN]
 No. DE MINISTRACION _____ IMPORTE _____ FECHA _____ PERIODO DE [DÍA POSTERIOR DE LA FECHA DE LA
 FIRMA DEL ANEXO DE LA SEGUNDA SUPERVISIÓN] _____ A _____ [FECHA DE FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN O 31

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



Anexo fotográfico del componente de Monitoreo Biológico:

--	--



**ANEXO 11.
PROGRAMA DE MANEJO DE ÁREAS NATURALES PROTEGIDAS (PROMANP) 2018
ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN
COMPONENTE DE VIGILANCIA COMUNITARIA**

NUMERO DE CONVENIO: _____

NOMBRE DE LA DIRECCIÓN REGIONAL O DIRECCIÓN DE ANP: _____	
ENTIDAD FEDERATIVA: _____	MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
PERFIL DE LA PERSONA BENEFICIARIA: _____	
GRUPOS ORGANIZADOS () EJIDOS Y COMUNIDADES ()	
RECEPCIÓN DEL CONCEPTO DE APOYO: TOTAL: _____	PARCIAL: _____
DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO DE APOYO: [Objetivo y meta]	
FECHA DE AUTORIZACIÓN DEL APOYO: _____	FECHA DE FIRMA DEL CONVENIO: _____
FECHA DE INICIO DE OPERACIÓN: _____	FECHA DE TÉRMINO DE OPERACIÓN: _____

IMPORTE DE CONVENIO: _____

IMPORTE DE MINISTRACIONES: _____

No. DE MINISTRACION CONVENIO] _____	A _____	IMPORTE _____	FECHA _____	PERIODO DE [FECHA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]	[FECHA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]	DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]
No. DE MINISTRACION FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN] _____	A _____	IMPORTE _____	FECHA _____	PERIODO DE [DÍA POSTERIOR DE LA FIRMA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]	[FECHA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]	DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA PRIMERA SUPERVISIÓN]
No. DE MINISTRACION FIRMA DEL ANEXO DE LA SEGUNDA SUPERVISIÓN] _____	A _____	IMPORTE _____	FECHA _____	PERIODO DE [DÍA POSTERIOR DE LA FIRMA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA SEGUNDA SUPERVISIÓN]	[FECHA DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA SEGUNDA SUPERVISIÓN]	DE LA FIRMA DEL ANEXO DE LA SEGUNDA SUPERVISIÓN]

DE DICIEMBRE DE 2018, LO QUE OCURRA PRIMERO]



DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS REALIZADOS:

DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES, EN CASO DE EXISTIR, EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A PARTIR DE LO PROGRAMADO:

JUSTIFICACIÓN DE LAS MODIFICACIONES (EN CASO DE EXISTIR):

OBSERVACIONES: (De presentarse alguna irregularidad en las acciones, 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).

INVERSIÓN TOTAL	INVERSIÓN EJERCIDA			NO. DE JORNALES PAGADOS	NO. DE CURSOS DE CAPACITACIÓN
	CURSOS DE CAPACITACIÓN	EQUIPAMIENTO E INSUMOS	SEGURO DE COBERTURA		

PREVIA LECTURA DE LA PRESENTE ACTA Y NO HABIENDO MÁS QUE HACER CONSTAR, SE DA POR CONCLUIDA EL DÍA ____ DE ____ DE ____ A LAS ____ HRS. EN LA [Localidad, Municipio, Ciudad] DE ____ ESTADO DE ____.

RECIBE POR LA CONANP

PERSONAS BENEFICIARIAS

(REPRESENTANTES DEL COMITÉ DE VIGILANCIA COMUNITARIA)

{NOMBRE Y CARGO DEL DIRECTOR(A) REGIONAL O DIRECTOR(A) DEL ANP, SEGÚN CORRESPONDA}

Contraloría social (vocal del Comité de Vigilancia Comunitaria).

C. PRESIDENTA(E)

C. SECRETARIA(O)

C. TESORERA(O)

Contraloría social (vocal del Comité de Vigilancia Comunitaria).



Anexo fotográfico del componente de Vigilancia Comunitaria:

