

ANEXO 3

FORMATO DE CONCLUSIÓN DE ACTIVIDADES DE TRATAMIENTOS FITOSANITARIOS

| | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------|--|
| Folio de la solicitud | | Folio del solicitante | | Folio del apoyo | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------|--|

Llena la siguiente información con letra legible, evita espacios en blanco, tachaduras y /o enmendaduras

| 1. Nombre del beneficiario | | |
|----------------------------|------------------|------------------|
| Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno |

| 2. Responsable técnico | | | |
|--|----------------|--|---------------|
| Nombre, Denominación o Razón social | | | |
| | Persona física | | Persona moral |
| Núm. de folio del listado de asesores técnicos de la CONAFOR | | | |
| Anotar el Número de Registro Forestal Nacional | | | |
| Dirección | | | |
| Teléfono(s) | | | |
| Correo electrónico | | | |

| 3. Datos de la notificación o autorización de saneamiento | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| No de notificación o autorización de saneamiento | | | |
| Expedida a nombre de | | | |
| Nombre del predio | | | |
| Municipio | | Estado | |
| Superficie afectada (ha.) | | Superficie a tratar (ha.) | |
| Vigencia de la notificación | | | |
| Grupo del agente causal | | | |
| Nombre científico | | | |
| Especies afectadas | | | |
| Nombre científico | | | |

| 4. Situación antes del saneamiento | | | |
|------------------------------------|------|--|-------|
| <i>Incidencia</i> | Alta | | Media |
| <i>Severidad</i> | Alta | | Media |
| | | | Baja |
| | | | Baja |

| 5. Objetivo de la asistencia técnica | |
|--------------------------------------|--|
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| 5.- | |

| 6. Actividades del asesor técnico | |
|-----------------------------------|--|
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| 4.- | |
| 5.- | |

| 7. Actividades del beneficiario | | | |
|---------------------------------|--|------|--|
| 1.- | | 6.- | |
| 2.- | | 7.- | |
| 3.- | | 8.- | |
| 4.- | | 9.- | |
| 5.- | | 10.- | |

| 8. Metodología de control y combate aplicada | | | | | |
|---|--|-----------|--------------------------|---------|----|
| Tipo de control | | | | | |
| Mecánico | | Biológico | | Químico | |
| Preventivo | | | | | |
| Otro Especificar: | | | | | |
| Superficie afectada (ha.) | | | Superficie tratada (ha.) | | |
| Monto asignado | | | Superficie apoyada (ha.) | | |
| Volumen saneado m ³ (en caso de que aplique) | | | | | |
| Productos aplicados (en caso de que aplique) | | | 1. | | 3. |
| | | | 2. | | 4. |
| Cantidad total | | | Unidad de medida | | |
| Dosis | | | | | |

| 9. Efectividad del saneamiento | | | |
|--|--|-----|-------------|
| 100 % | | 70% | 50% o menos |
| Describir brevemente la efectividad del producto aplicado. | | | |
| | | | |

| 10. Beneficiarios directos: | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|---|-------------------|-------------------|----------------|
| <p>Toda persona que, de manera individual o como parte de una asociación, sociedad, ejido o comunidad, reciba apoyos del PRONAFOR por medio de un beneficiario directo, ya sea por contratación de servicios, adquisición o arrendamiento de productos.</p> | | | | | | |
| Total | Número de hombres | Número de mujeres | De los beneficiarios declarados en el cuadro adjunto especificar: | | | |
| | | | Número de indígenas | Indígenas hombres | Indígenas mujeres | Grupo Indígena |
| | | | | | | |
| Numero de jornales generados: | | | Costo promedio por Jornal: | | | \$ |

| 11. Anexo fotográfico | | | | | | | | |
|------------------------------|----|--|----|--|----------------|--|-----------------|--|
| Se anexa archivo fotográfico | Si | | No | | Archivo físico | | Archivo digital | |

| 12. Factura o recibo por asistencia técnica | | | | | |
|---|----|--|----|--|--|
| Se anexa el documento | Si | | No | | |

Lugar y fecha de conclusión: _____

Beneficiario

Nombre, cargo y firma *

Hago constar que los trabajos han sido finalizados en tiempo y forma y que tengo en mi poder una copia del expediente

Técnico responsable

Nombre y firma*

Hago constar que los trabajos han sido finalizados en tiempo y forma y que tengo en mi poder una copia del expediente

* En caso de no saber firmar, imprima la huella dactilar.

La presente hoja de firmas forma parte integrante del Formato de conclusión de actividades de tratamientos fitosanitarios.

*“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”. **El personal adscrito a este programa está obligado a dar asesoría para el llenado de este formato. La asesoría y el formato son GRATUITOS.***