

FICHA DE EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO REFORMULADO – OFICINA ZONAL

ENTIDAD EJECUTORA : **Municipalidad Provincial de Tocache.**PROYECTO/ACTIVIDAD: **“ Capacitación y Asistencia Técnica de la cadena de valor de Productos Alternativos Sostenibles de la Actividad piscícola en la Provincia de Tocache-- Departamento de San Martín”**Número de Ficha:

--	--

ÍTEM	CRITERIOS	SI	NO
1	El Plan Operativo Anual es remitido oficialmente y cuenta con visto bueno, en todo su contenido	X	
2	El nombre de la Actividad/Proyecto es el mismo que se consigna en, el Convenio de Cooperación Interinstitucional o Adenda suscrita	X	
3	El presupuesto de la Actividad se encuentra dentro del, límite establecido en el Informe N° 000008-2020-DV-DAT Informe de priorización de actividades para el año 2020 en el marco del PP PIRDAIS.	X	
4	El POA contiene la estructura y los formatos de la Directiva	X	
5	Las tareas descritas dentro del formato 1 del POA, se encuentran en, el modelo operativo del producto, de ser el caso	X	
6	Los componentes descritos dentro del formato 2 del POA, se encuentran registrados en la ficha SNIP o Expediente Técnico.		
7	Existe equivalencia entre la meta total y las metas mensualizadas, (físicas y financieras)	X	
8	Las unidades de medida contempladas en los formatos de metas, físicas (formato 1,2), son medibles y verificables	X	
9	Existe relación entre el texto descrito del POA y la programación de metas físicas y financieras.	X	
10	En caso de contrapartida: se adjunta Certificación de Crédito Presupuestario y/o Previsión Presupuestal		

El Especialista Técnico llena la ficha de conformidad

- * Colocar una (x) en el recuadro que corresponda en caso cumpla con el requisito
- * Item 5: Solo para las Actividades
- * Item 6: solo para los Proyectos

Se suscribe en señal de conformidad: SI (X) NO ()

Observa el POA: SI () NO (X). (De ser necesario, se adjuntará una hoja de trabajo complementaria al presente Anexo, debidamente visada)*El POA reformulado fue ingresado en setiembre y fue devuelto para subsanar observaciones de cambio de especificas restringidas, que fue levantada con OFICIO N° 590-2020-MPT/A.***Carlos Lopez Trujillo**

21/10/2020

Nombre del Especialista Técnico

Firma y Fecha

Se suscribe en señal de conformidad: SI (X) NO ()

Observa el POA: SI () NO (X). (De ser necesario, se adjuntará una hoja de trabajo complementaria al presente Anexo, debidamente visada)

21/10/2020

Marleny Salazar Ocampo

Nombre del Jefe de la Oficina Zonal

Firma y Fecha