**SOLICITUD DE FONDO REVOLVENTE PARA GASTOS MENORES**

**Fuente de financiamiento: FASSA 2024**

**Oficio: CGAyF/DGA/DCySA-00000/2024**

**NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**

Municipio, Gto., a DD de MES de 2024

**Nombre de la persona Titular de la Dirección de Contabilidad y Seguimiento de Auditorías**

Director de Contabilidad y Seguimiento de Auditorías

P r e s e n t e

Solicito atentamente tenga a bien autorizar la cantidad de $ 0.00 (cantidad con letra) de Fondo Revolvente 2024, el cual será ejercido conforme a lo establecido en el Capítulo III, artículos 76, 77 y 78 de las Disposiciones Administrativas de la Dirección General de Administración del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2024, el cual será comprobado de manera parcial dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la expedición de la factura y en su totalidad a más tardar el día 15 (quince) de diciembre del presente ejercicio fiscal. De no presentar la documentación en el plazo acordado o, en su caso, el reintegro de los recursos, autorizo para que, a través de la Dirección General de Recursos Humanos, me sea descontado el recurso vía nómina, para lo cual proporciono los siguientes datos:

* Nombre del responsable de la comprobación
* Clave presupuestaria donde se ejerce el pago de nómina
* RFC

El otorgamiento del Fondo Revolvente se fundamenta con lo estipulado en el artículo 44 de los Lineamientos Generales de Racionalidad, Austeridad y Disciplina Presupuestal de la Administración pública Estatal para el ejercicio fiscal 2024.

Sin más por el momento y agradeciendo sus atenciones, le hago llegar un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de quien solicita**

Puesto

Órgano Desconcentrado por función o territorio

c.c.p.- Unidad Responsable- Para control