**Anexo P-4**

**Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato**

**- NOMBRE UNIDAD RESPONSABLE–**

**Periodo del entero:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recibos Únicos Nacionales** | **Recibo Oficial de Recaudación** |
| **Fecha** | **Número****del Al** | **Importe** | **Fecha** | **Número** | **Importe** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total** | **$** |  | **Total** | **$** |  |