**RECIBO 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

Recibí de la Dirección de Contabilidad y Seguimiento de Auditorias del ISAPEG; un importe por $ 0.00 (cantidad con letra) por concepto de Fondo Revolvente para el ejercicio 2024, el cual se ejercerá conforme a lo establecido en el Capítulo III, artículos 76, 77 y 78 de las Disposiciones Administrativas en Materia de Presupuesto y Recursos Financieros, de Contabilidad, de Seguimiento de Auditorías, de Control Interno y de Entrega-Recepción del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2024.

Comprometiéndome a reintegrarlo íntegramente el día 15 (quince) de diciembre del presente ejercicio fiscal, de lo contrario, autorizo 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

**Recibí**

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

**Nombre y firma de quien recibe**

Puesto

Órgano Desconcentrado por función o territorio