**RECIBO DE FONDO REVOLVENTE PARA GASTOS MENORES**

**Fuente de financiamiento: FASSA 2025**

**Oficio: CGAyF/DGA/DCySA-00000/2025**

**NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**

Municipio, Gto., a DD de MES de 2025

Recibí de la Dirección de Contabilidad y Seguimiento de Auditorias del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato; un importe de $ 0.00 (cantidad con letra) por concepto de Fondo Revolvente para el ejercicio 2025, el cual se ejercerá conforme a lo establecido en el Título IV Capítulo III, artículos 77, 78 y 79 de las Disposiciones Administrativas de la Dirección General de Administración que Regulan el Ejercicio de los Recursos Públicos y trámites del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2025.

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