

**MINISTERIO PÚBLICO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA Y DE FINANZAS
DEPARTAMENTO DE TESORERÍA**

RELACIÓN DE GASTO POR HOSPEDAJE



Fecha

Nombre

Apellido

Cédula

Lugar de la Misión

Fecha de la Misión:

Desde

día/mes/año

Hasta

día/mes/año

Relación de Gasto

Monto diario	Total asignado	Total realizado	Total devuelto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observación

Al presente formulario debe adjuntar el recibo o comprobante original del pago realizado por Hospedaje.

Cuando el monto pagado en concepto de hospedaje sea menor al asignado, el funcionario deberá reembolsar al Tesoro Nacional la diferencia y adjuntar el comprobante al informe de misión, en un plazo no mayor de siete (07) días hábiles a partir de la fecha de finalización de la misión.

Fundamento Legal: Ley 176 de 2020; Circular MEF-2021-2255

Nombre del Servidor Público

Nombre del Jefe Inmediato

Firma del
Servidor Público

Firma del
Jefe Inmediato

