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

COMPROBANTE DE PAGO POR HOSPEDAJE

Fecha:

Nombre del Proveedor:

Cédula: **Concepto de pago:**

Descripción de Hospedaje

Fecha	Lugar (Comunidad)	Monto	
		Diario	Total
		Total	

Pagado por:

Nombre del Funcionario(a)

Número de cédula:

Recibido por:

Nombre

Firma

Firma

Este formulario debe ser utilizado en caso de pagos de hospedaje en áreas de difícil acceso donde no se brinde albergue por ninguna empresa de alojamiento.
La información que aquí consta es responsabilidad del funcionario que realiza el pago.