# *CUENTA DE COBRO*

*MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL*
*NIT 900.474.727-4*

**DEBE A:**

**NOMBRE:** ANA CAROLINA AMAYA ARIAS

**IDENTIFICACIÓN:** CC X NIT ____ No. 37724987 D.V. DE

**LA SUMA DE:** $ 12.000.000

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE HONORARIOS DEL 1 AL 31 DE JULIO DEL 2024

**Contrato No.:** 977 de 2024

**DESEMBOLSO No.:** CUATRO

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales en la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles para la gestión y desarrollo de la fase de actualización de la Política Pública Nacional de salud mental, para el componente de modelo de salud mental.

**PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:** 1 al 31 de julio de 2024

**FECHA:** 31 de julio de 2024

**DIRECCION:** Diagonal 61b # 22-31 apto 202

**CIUDAD:** Bogotá, D.C.

**TELEFONO:** 3175657196

Firmado digitalmente por Ana Carolina Amaya Arias

FIRMA