ORIGEN: - Despacho Del Gerente
DESTINO: LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - -
TIPO DE DOCUMENTO: Oficios
ASUNTO: RESPUESTA INVITACIÓN A SUSCRIBIR CONTRATO CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y RLCPD

Bogotá D. C.,
21 de octubre de 2025

Doctora
LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO
Directora Provisión de Servicios de Salud
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CARRERA 32 N 12 - 81
correspondenciadigital@saludcapital.gov.co
6013649090Bogotá - Bogotá D.C.

ASUNTO: RESPUESTA INVITACIÓN A SUSCRIBIR CONTRATO CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y RLCPD

Respetada doctora Linda Victoria:

En mi calidad de Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., yo Victoria Eugenia Martínez Puello, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.772.851 de Turbaco (Bolívar), me permito dar respuesta a su comunicación con radicado No. 2025-EE-106319, de fecha 21 de octubre de 2025, mediante el cual se formaliza la invitación para la suscripción de un contrato interadministrativo.

De conformidad con los términos y condiciones detallados en la referida invitación, me complace manifestar de manera formal y expresa, la aceptación por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para suscribir el contrato cuyo objeto será:

"Prestar los servicios para la certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD en el marco de la Resolución 1197 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social - SISS Norte E.S.E."

Ratifico nuestro acogimiento en los términos y condiciones establecidos.

Quedo atenta a los próximos pasos para proceder con la legalización del contrato y su posterior ejecución, reafirmando nuestro compromiso con la prestación de un servicio de calidad a la comunidad.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,

VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO

Gerente

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para la firma.		
Cargo funcionario / Contratista	**Nombre**	**Fecha**
Aprobado por:	DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ SPSS	21 de octubre de 2025
Revisado por:	. NATHALY PUERTO BONILLA / DSA	21 de octubre de 2025
Elaborado por:	NATHALY PUERTO BONILLA / DSA	21 de octubre de 2025