11 de febrero de 2026
Al contestar Cite Este No. **2026-004291-1**
Folios: Anexos:

ORIGEN: - Despacho Del Gerente
DESTINO: LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - -
TIPO DE DOCUMENTO: Oficios
ASUNTO: DELEGACIÓN REFERENTE TECNICO CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Bogotá D. C.,
11 de febrero de 2026

Doctora
LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO
Directora Provisión de Servicios de Salud
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Carrera 32 No. 12 - 81
correspondenciadigital@saludcapital.gov.co
6013649090
Bogotá - Bogotá D.C.

ASUNTO: DELEGACIÓN REFERENTE TECNICO CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Respetada Doctora Linda Victoria:

En respuesta a su solicitud, me permito informar que por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, la profesional delegada como referente técnico del proceso de certificación de discapacidad es:

CARGO	NOMBRE	No CEDULA	CORREO	No CELULAR
Profesional Universitario	Hilary Pinto López	53.154.766	discapacidad@subrednorte.gov.co	3183892061

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:	YULIETH LOPEZ RETAMOSO SPSS	11 de febrero de 2026
Revisado por:	. NATHALY PUERTO BONILLA / DSA	11 de febrero de 2026
Elaborado por:	HILARY PINTO LOPEZ / DSA	11 de febrero de 2026