ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., Octubre 01 de 2025

Señores:
INSTITUTO MILITAR ANTONIO RICAURTE
Dirección:
Cra. 8 No 47 - 52B
Ciudad:
Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	**JOHN HENRY PINILLA DELGADO**
Documento de Identidad	**C.C. 79.859.655 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**BACHILLER ACADEMICO CON ORIENTACION MILITAR**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**6/12/1994**
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá D.C.**

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,



FIRMA
JOHN HENRY PINILLA DELGADO
C.C. 79.859.655 DE BOGOTA D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., Octubre 01 de 2025

Señores:
CORPORACION TECNIC EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección:
Carrera 21ª No 8 – 46
Ciudad:
La Mesa (Cundinamarca)

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	**JOHN HENRY PINILLA DELGADO**
Documento de Identidad	**C.C. 79.859.655 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**12/12/2020**
Ciudad de expedición del titulo	**La Mesa (Cundinamarca)**

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,

FIRMA
JOHN HENRY PINILLA DELGADO
C.C. 79.859.655 DE BOGOTA D.C.