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

Bogotá D.C. 02 de Diciembre 2025,

Señores: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Dirección: Cra. 19 No. 8A-32 en el Edificio Docente, primer piso (Sede Centro)

Ciudad: Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Médico y Cirujano

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	Thomas Esneider Riveros Navarro
Documento de Identidad	1030525228
Título otorgado	Médico y Cirujano
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09 - 12 - 2011 / Acta de Grado 026
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

CC 1030525228

NOMBRE COLABORADOR: Thomas Esneider Riveros Navarro
CEDULA: 1030525228