



SCA.R-17004447-17

San Juan de Pasto, Mayo 11 de 2017

SEÑORA
KAROLL JULIETH DORONZORO MUÑOZ
PROFESIONAL EN MEDICINA
CARRERA 83C N. 46 -24 APTO 203 UNIDAD NARANJOS DEL CANEY
CALI- VALLE

Asunto: RESPUESTA OFICIO RADICADO 04 DE MAYO DE 2017

Cordial Saludo,

En atención al asunto de la referencia, me permito comunicarle que su caso fue revisado en reunión de Comité de Servicio Social Obligatorio del Instituto Departamental de Salud de Nariño el día 10 de Mayo y en virtud de las competencias y previo análisis del mismo, le informamos que su pretensión de pago de liquidación corresponde a una situación de tipo administrativo por lo cual debe resolverlo con el ente contratante, por lo anterior su petición no es procedente.

Le informamos además que los profesionales que no se presenten para ocupar las plazas asignadas en la fecha indicada, no podrán ocupar otra plaza de las sometidas al mismo proceso en el cual renuncian, a nivel nacional, ni podrán presentarse a los DOS SIGUIENTES procesos de asignación, situación por la cual la profesional podrá presentarse a la convocatoria pública a nivel nacional de asignación de plazas realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el mes de Julio y todo ejercicio de la profesión por fuera de la norma y los términos no se hará válido como prestación de servicio social obligatorio.

Atentamente,

OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

Revisó: Consuelo Santisteban (Jefe Oficina Asesora Juridica)
Proyectó: Andrea Santacruz Benavides





Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 1

Proba.

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE ESTABLECE COMUNICACION NI CON REMITENTE NI CON DESTINATARIO. SE PROCEDE A DEVOLUCION AL REMITENTE

CONCEPTO DEVOLU FALTAN DATOS EN LA DIRECCION

Fecha Confirmación: 05/20/2017 07:10:01

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: marulal



1136407581

<p>Servientrega S.A. NIT 860 512 350-3 Principal Bogotá, C. Colón Ave. Calle 6 No. 34 A - 11. Atención al usuario www.servientrega.com 7 700 200 FAX: 7 700 300 ext. 110043</p>		<p>FECHA DE ENTREGA: 05/20/17</p> <p>FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA:</p>		<p>1136407581</p>	
<p>Subscripción: 117</p>		<p>FECHA DE ENTREGA: 05/20/17</p>		<p>1136407581</p>	
<p>Centro de Soluciones</p>		<p>Guía Crédito No.</p>		<p>1136407581</p>	
<p>Nombre: INE - INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD D</p>		<p>Nombre: <i>Centro de Salud BOMBONA</i></p>		<p>Vol: 1</p>	
<p>Dirección: <i>PLAZOLETA BOMBONA</i></p>		<p>Dirección: <i>Calle 236 N 416-24</i></p>		<p>RECEBÍ</p>	
<p>Ciudad: PASTO</p>		<p>e-mail: <i>capto.233@inec.gov.ec</i></p>		<p>RECEBÍ</p>	
<p>Dpto: NARIÑO</p>		<p>Cód. Postal: <i>120001</i></p>		<p>PIEZAS: 1</p>	
<p>e-mail:</p>		<p>Teléfono:</p>		<p>No. Remisión:</p>	
<p>Vi. Declarado: <i>1200</i></p>		<p>Vi. Aéreo: <i>125514</i></p>		<p>No. Factura:</p>	
<p>Vi. Subterráneo:</p>		<p>Vi. Mar:</p>		<p>No. Bolea Seguros:</p>	
<p>Vi. Fer. 2:</p>		<p>Observaciones para la entrega:</p>		<p>Observaciones en la entrega:</p>	
<p>Quien entrega:</p>		<p>Fecha y hora de intento de entrega: <i>17/05/17</i></p>		<p>RECIBO CONFORMADO</p>	
<p>CAUSAL DEVOLUCION DEL ENVIO</p>		<p>Fecha devolución a remitente: <i>17/05/17</i></p>		<p>Nombre de quien recibe, SELLO Y DNI</p>	
<p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Inutilizable</p> <p><input type="checkbox"/> No reconocido</p> <p><input type="checkbox"/> No reconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Dirección errada</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar en Comentarios)</p>		<p>Quien recibe:</p>		<p><i>Puelcesantana</i></p>	
<p>Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remítase al portal web: www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.</p>		<p>1136407581</p>		<p>1136407581</p>	