

SCA.R-17008411-17

San Juan de Pasto, Agosto 14 de 2017

SEÑOR
RICHARD FABIAN CABRERA GUAÑARITA
PROFESIONAL EN MEDICINA
Manzana 9 casa 20 Barrio Esmeralda

Asunto: RESPUESTA OFICIO RADICADO

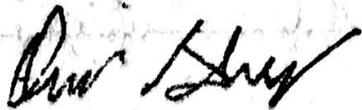
Cordial Saludo,

En atención al asunto de la referencia, me permito comunicarle su caso fue revisado en reunión de Comité de Servicio Social Obligatorio del Instituto Departamental de Salud de Nariño el día 01 de agosto del presente año, le informamos que se realizará comunicación de su condición especial ante el representante legal de la IPS; sin embargo le recordamos que su situación es de índole administrativo y la misma debe ser dirimida entre partes.

Su petición de reasignación de plaza de servicio social obligatorio no es procedente por cuánto el Instituto Departamental de Salud de Nariño no es el ente competente para la asignación de la misma y ésta se realiza mediante una convocatoria pública a nivel nacional por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se le informa que revisados los argumentos fácticos que usted aduce y como causal de fuerza que lo motiva se encuentra que no aporta los elementos probatorios para acreditarlo y acceder a su pretensión de exoneración.

Atentamente,



OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

Revisó: Consuelo Santisteban (Jefe Oficina Asesora Jurídica) *CS*
Proyectó: Andrea Santacruz Benavides *AB*





CONFIRMACION No 1

Psolu.

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES:

CONCEPTO DEVOLU: CERRADO SEGUNDA VEZ

Fecha Confirmación: 08/26/2017 11:17:53

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: lunace



1139256261



Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Avenida Calle 6 No. 34 A - 11. Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext. 110045 Lic. Min. Transporte N° 805 de Marzo 5/2001 Lic. MINTIC N° 1776 Sept. 7/2010

FECHA	HORA	
10/08/17	11:17	
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA		
DIA	MES	AÑO



* 1 1 3 9 2 5 6 2 6 1 *

GUÍA CRÉDITO No. 1139256261

CODIGO DESTINO	CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODULO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
REMITENTE	Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD Dirección: LAZULETA BOMBONA Ciudad: PASTO Dpto: NARIÑO e-mail:	DESTINATARIO	Nombre: RICHARDO CARRERA Dirección: MZA CASAS DE ESMERALDA e-mail: Cód. Postal: D.I./NIT:	DATOS ENVIO
Vr. Declarado: 5000		Vr. Flete: 725514	Vr. Sobreporte:	Vr. Total:
Dice contener:		Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:	
Quien entrega:		RECIBI A CONFORMIDAD NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.		
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVIO		FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FECHA Y HORA DE ENTREGA	
<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Rehusado <input type="checkbox"/> No reside <input type="checkbox"/> No reclamado <input type="checkbox"/> Dirección errada <input type="checkbox"/> Otros (Novedad operativa/Cerrado)		<input type="checkbox"/> HORA / DIA / MES / AÑO <input type="checkbox"/> HORA / DIA / MES / AÑO <input type="checkbox"/> HORA / DIA / MES / AÑO FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE / DIA / MES / AÑO	HORA / DIA / MES / AÑO	

Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web: www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

COD CODSER: 55SER59168 55SER59168 Quién recibe: 1139256261

1. Id Zona: 2. Id Zona: 3. Id Zona:

Fecha Intentos Entrega: 10-8-17 dd 19-8-17 22-8-17

1	2	3	1	Dirección Errada	19	Visita 1	08910601
			3	Rehusado	10 13 18 20 21 22 28		
			4	No Reclamado / NHQR	7 14 15	Visita 2	08910602
			5	No Reside			
			6	Desconocido		Visita 3	08910603
				Otros	2 8 9 11 12 14 23 58		
					63		

1. Obs:
2. Obs: se realiza 3 intentos
3. Obs:

Cod. DG-6-CL-IDM-F-69