

SCA.R-17005102-17

San Juan de Pasto, Mayo 24 de 2017

SEÑOR
DANILO ARMANDO ARGOTE BOLAÑOS
PROFESIONAL EN MEDICINA
CALLE 14 # 25-56
PASTO - NARIÑO

Asunto: RESPUESTA OFICIO 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 y 11 de Mayo y en virtud de las competencias y previo análisis del mismo, le informamos que la situación expuesta es de carácter administrativo por lo que debe resolverse entre las partes y llegar a una conciliación efectiva; sin embargo el Instituto Departamental de Salud de Nariño realizará la compulsión de copias a los entes competentes para dar análisis a su caso.

Atentamente,



OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

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





Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 1

BOL

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE ESTABLECIO COMUNICACION CON EL CLIENTE NO TIENE TELEFONO PARA CONFIRMACION SE RETORNA AL REMITENTE

CONCEPTO DEVOLU NO LO CONOCEN

Fecha Confirmación: 05/22/2017 12:06:30

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: sambojc



1136407585



Centro de Soluciones

SUBPRODUCTO

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	
05/22/17	12:06	
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA		
DIAS	MES	ANO



* 1 1 3 6 4 0 7 5 8 5 *

GUÍA CRÉDITO No.

CODIGO DESTINO	Ciudad y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
580-551	Papaya - Cauca		1136407585	
Nombre:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD D	Nombre:	Dario Odonez Portillo	VOL: / PESO / PIEZAS
Dirección:	ARCHIVO PLAZOLETA BOMBONA	Dirección:	Calle 26 E # 4-43	PESO(Kg): 1
Ciudad:	PASTO	e-mail:		PESO(Vol):
Dpto:	NARIÑO	Cód. Postal:		PIEZAS: 1
e-mail:		D.I./NIT:		No. Sobreporte:
Vr. Declarado	3000	Tel/cel:		No Remision
Vr. Flete:	7235314	País:		No. Factura
Dice contener:		Ref. 2:		No Bolsa Seguridad:
Quien entrega:		Observaciones para la entrega:		
CAUSAL DEVOLUCION DEL ENVIO	FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FIRMA, SELLO DEL REMITENTE	RECIBI A CONFORMIDAD NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.	
1 <input type="checkbox"/> Desconocido	1 / DIA / DIA / MES / AÑO		FECHA Y HORA DE ENTREGA	
2 <input type="checkbox"/> Rehusado	2 / DIA / DIA / MES / AÑO		HORA / DIA / MES / AÑO	
3 <input type="checkbox"/> No reside	3 / DIA / DIA / MES / AÑO			
<input type="checkbox"/> No reclamado	FECHA DEVOLUCION A REMITENTE			
<input type="checkbox"/> Direccion errada	/ DIA / MES / AÑO			
<input type="checkbox"/> Otros (Novedad operativa/Cerrado)				

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

COD CDS/SER

55SER50189 55SER50189

Quién recibe:

1136407585