

SCA.R-17004590-17

San Juan de Pasto, Mayo 12 de 2017

SEÑOR
DARIO ORDOÑEZ PORTILLA
PROFESIONAL EN MEDICINA
CALLE 26E N. 4-43
POPAYAN - CAUCA

Asunto: RESPUESTA OFICIO RADICADO 24 DE ABRIL 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 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, 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 Jurídica) 
Proyectó: Andrea Santacruz Benavides 



Paolo S.



CONFIRMACION No 1

Centro de Soluciones

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO LO CONOCEN // NO SE ESTABLECIO COMUNICACION CON DESTINATARIO SE PROCEDE DEVOLUCION A REMITENTE. NO TIENE NUMERO DE TELEFONO PARA CONFIRMAR DATOS.

CONCEPTO DEVOLU NO LO CONOCEN

Fecha Confirmación: 06/02/2017 11:41:05

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: muñozcajl



1136407598



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 PROGRAMADA DE ENTREGA

DIAGRAMA DE FECHA: DIA MES AÑO

FECHA: 06 02 17

HORA: 11:41



* 1 1 3 6 4 0 7 5 9 8 *

GUÍA CRÉDITO No. 1136407598

CÓDIGO DESTINO: PASTO		CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
REMITENTE Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD D Dirección: ARCHIVO PLAZOLETA BOMBONA Ciudad: PASTO País: Dpto: NARIÑO D.I./NIT: 001280001/1/1 e-mail: Tel/cel:		DESTINATARIO Nombre: Daniela Armandita Acosta Dirección: Calle 14 # 25-56 e-mail: Cód. Postal: D.I./NIT: Tel/cel: País:		DATOS ENVIO VOL: 1 PESO(Kg): PESO(Vol): PIEZAS: 1 No. Sobreporte: No. Remisión: No. Factura: No. Bolsa Seguridad:		DESTINATARIO
Vr. Declarado: 5000	Vr. Flete: 7200014	Vr. Sobreflete:	Vr. Total:	Ref. 2:		
Dice contener: DOC		Observaciones para la entrega: D		Observaciones en la entrega:		
CAUSAL DEVOLUCION DEL ENVIO <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)		FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA: <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		FIRMA, SELLO DEL REMITENTE. 		RECIBI A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I. FECHA Y HORA DE ENTREGA 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 CDS/SER: 56SER50100 / 56SER50100

Quién recibe:

1136407598