

SCA.R-1612693-16

San Juan de Pasto, 7 de Diciembre de 2016

Señor (a)  
**STEPHANIA ELIZABETH MOLINA CHAMORRO**  
**BALCONES DE LA PRADERA TORRE G4 APARTAMENTO 404**  
**PASTO**

Asunto: RESPUESTA A OFICIO RADICADO N. 1601031

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 4 de Diciembre y en virtud de las competencias y previo análisis del mismo, le informamos que la plaza con código único de habilitación 5283500260011-1 no surtió el debido proceso de reporte y asignación de plazas de acuerdo a la normatividad vigente.

Por lo anteriormente mencionado su petición no es procedente, le recordamos que para obtener su registro profesional es necesario certificar 365 días de servicio social obligatorio en una plaza que se encuentre debidamente reportada y habilitada de acuerdo a las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social Número 1058 de 2010 y 2358 de 2014.

Atentamente,



**OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA**  
Director IDSN

Revisó: Consuelo Santisteban Ruiz  
Jefe Oficina Jurídica IDSN *ca*

Proyectó: Andrea Santacruz Benavides *AB*





SERVIENTREGA  
Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 1

*Erica portillo*

# AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION

CONCEPTO DEVOLU CERRADO SEGUNDA VEZ

Fecha Confirmación: 12/26/2016 16:13:27

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: pachajc



113355298



SERVIENTREGA  
Centro de Soluciones

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



GUÍA CRÉDITO No.



\* 1 1 3 3 5 5 5 2 9 8 \*

113355298

CODIGO DESTINO	CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD ARCHIVO	Nombre: # 11111111111111111111	VOL: UNIDAD / MED / PAQUETE	PESO(Kg):	
Dirección: PLAZOLETA BOMEONA	Dirección: Calle 100 No. 100	PESO(Vol):	PIEZAS: 1	
Ciudad: PASTO País:	e-mail:	No. Sobreporte:	No. Remisión:	
Dpto: NARIÑO D.I./NIT: 21280001/1/	Cód. Postal:	No. Factura:	No. Bolsa Seguridad:	
e-mail:	D.I./NIT:	DATOS ENVIO		
Vr. Declarado:	Vr. Flete:	Vr. Sobreflete:	Vr. Total:	Ref. 2:
Dice contener:	Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:		
Quien entrega:	RECIPIENTE CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.			
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO		FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FIRMA, SELLO DEL REMITENTE:	
1 Desconocido	1 14:00 / 26 / 12 / 2016	RECIBI A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.		
2 Rehusado	2 14:00 / 26 / 12 / 2016	FECHA Y HORA DE ENTREGA		
3 No reside	3 14:00 / 26 / 12 / 2016	PASTO / NARIÑO / 2016		
4 No reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE			
5 Dirección errada	DIA / MES / AÑO			
6 Otros (Novedad operativa/Cerrado)				

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

COD CDS/SER:

655SER6918 655SER6918

Quién recibe:

*Erica Portillo*

113355298

DESTINATARIO

IMPRESA POR LIC. NIT. 860.512.330-3 TEL. 4 255 255 - 2054 01/01/01