

SCA.R-17005095-17

San Juan de Pasto, Mayo 25 de 2017

SEÑORA
DIANA LIZETH QUINTERO ESTUPIÑAN
CALLE 7° No. 217
TIBIRITA – CUNDINAMARCA

Asunto: RESPUESTA OFICIO 09 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 su pretensión ha sido dirimida en dos ocasiones vía judicial de tutela, en cuyas dos oportunidades los jueces negaron su solicitud por lo que el Instituto Departamental de Salud de Nariño acata estrictamente los pronunciamientos judiciales proferidos en su contra por lo que de forma definitiva se le reitera que no es procedente reconocer la prestación del servicio social obligatorio.

Atentamente,

OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

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





CONFIRMACION No 1

Psols.

DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE ESTABLECE COMUNICACION SIN TELEFONO DE CONTACTO PARA CONFIRMAR

CONCEPTO DEVOLU DIRECCION INCORRECTA

Fecha Confirmación: 06/06/2017 13:32:43

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: hernanlc



1136407601



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: 21/05/17 HORA: 17:00

FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA



* 1 1 3 6 4 0 7 6 0 1 *

NIGILADO SUPERTRANSPORTE GUÍA CRÉDITO No. 1136407601

CODIGO DESTINO	CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
	Tibinda - Cundinamarca			
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD D	Nombre: Diana Gzel h Quintero	VOL: UNIDAD / AUTO / PASAJE	VOL: 1	
Dirección: ARCHIVO	Dirección: Calle 7 N. 2-17	PESO(Kg):	PESO(Vol):	
PLAZOLETA BOMBONA			PIEZAS: 1	
Ciudad: PASTO País:	e-mail:	No. Remisión:	No. Factura:	
Dpto: NARIÑO D.I./NIT: 280001/1/1	Cód. Postal:	No. Bolsa Seguridad:		
e-mail:	Tel/cel:	No. Remisión:		
Vr. Declarado: 5000	Vr. Flete: 7255314	Vr. Sobreflete:	Vr. Total:	Ref. 2:
Dice contener: 000	Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:		
Quien entrega:				
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.	RECIBI A CONFORMIDAD NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.	
1 Desconocido	1 HORA / DIA / MES / AÑO		FECHA Y HORA DE ENTREGA	
2 Rehusado	2 HORA / DIA / MES / AÑO		HORA / DIA / MES / AÑO	
3 No reside	3 HORA / DIA / MES / AÑO			
No reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE			
Dirección errada	/ DIA / MES / AÑO			
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: 555ERSB100 / 555ERSB100 Quién recibe: 1136407601