

SCA.R-17007936-17

San Juan de Pasto, julio 4 de 2017

SEÑORES  
DIANA ROCIO MEJIA ANTONIO  
CAROLINA BERNAL CUASQUEN  
ABEL CAICEDO GUANGA

Asunto: RESPUESTA OFICIO RADICADO

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 30 de junio del presente año, acusamos recibido de la información misma que será comunicada al representante legal

Atentamente,

  
**OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA**

Director IDSN

Revisó: Consuelo Santisteban (Jefe Oficina Asesora Jurídica)

Proyectó: Andrea Santacruz Benavides  




CONFIRMACION No 1

# AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: DESTINATARIO SIN TELEFONO PARA NOTIFICAR

CONCEPTO DEVOLU DIRECCION INCORRECTA

Fecha Confirmación: 08/09/2017 08:25:44

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: CACUAEE

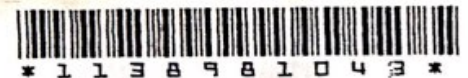


1138981043



SUBPRODUCTO

DIA	FECHA	HORA
	MES	:
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA		
DIA	MES	AÑO



\* 1 1 3 8 9 8 1 0 4 3 \*

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 Nº 805 de Marzo 5/2001. Lic. MINTIC Nº 4776 Sept. 7/2010

GUÍA CRÉDITO No.

1138981043

DESTINO	Ciudad y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODOS DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
	<i>Cacuaee</i>			
Nombre:	Dirección:	e-mail:	Cód. Postal:	D.I./NIT:
<i>Diana Mejia</i>	<i>Profesional Medicina</i>			
País:	D.I./NIT:	Tel/cel:	País:	
<i>PASTO NARIÑO</i>	<i>051280001/M</i>	<i>7235314</i>		
Vr. Flete:	Vr. Sobreflete:	Vr. Total:	Ref. 2:	
<i>5000</i>				
Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:	VOL: Largo / Alto / Profundo		
		PESO(Kg): <i>1</i>		
		PESO(Nb):		
		PIEZAS: <i>1</i>		
		No. Sobreporte:		
		No. Remisión:		
		No. Factura:		
		No. Bolsa Seguridad:		
FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:		FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.		RECIBI A CONFORMIDAD
<input type="checkbox"/> 1 HORA / DIA / MES / AÑO <input type="checkbox"/> 2 HORA / DIA / MES / AÑO <input type="checkbox"/> 3 HORA / DIA / MES / AÑO				NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.
FECHA DEVOLUCION A REMITENTE				FECHA Y HORA DE ENTREGA
<i>14/08/17</i>				HORA / DIA / MES / AÑO

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

Quién recibe: *55SER50180 / 55SER50180* 1138981043