

SCA.R-1612691-16

San Juan de Pasto, 7 de Diciembre de 2016

Señor (a)
EVER ANDRES YASCUAL YANDAR
PROFESIONAL EN MEDICINA SSO
MANZANA 12 CASA 7 VILLADOCENTE
PASTO

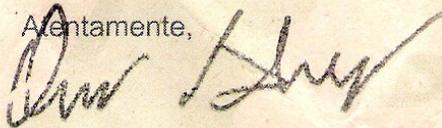
Asunto: RESPUESTA A OFICIO RADICADO N. 1614381

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 el Instituto Departamental de Salud de Nariño no somos competentes para dirimir su solicitud la misma es competencia de la Gerencia de la IPS en la cual se encuentra asignado para realizar su servicio social obligatorio.

Se enviará copia del oficio a Gerencia y solicitud de información.

A atentamente,



OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

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

Proyectó: Andrea Santacruz Benavides *guz*





Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 1

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION

CONCEPTO DEVOLU CERRADO SEGUNDA VEZ

Fecha Confirmación: 12/24/2016 11:01:04

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: pachajc



1133555295

SCA



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 5 *

1133555295

CÓDIGO DESTINO		CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		MODO DE TRANSPORTE		TIEMPO DE ENTREGA		FORMA DE PAGO	
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD		Nombre: EVER YARSA		VOL: (SOPORTE / PASTO / BOMBONA)		PESO (Kg):		FORMA DE PAGO	
Dirección: ARCHIVO		Dirección: N 212 CARR 7 VILLA		PESO (Vol):		PIEZAS: 1		FORMA DE PAGO	
PLAZOLETA BOMBONA		Docente		No. Sobreporte:		No. Remisión:		FORMA DE PAGO	
Ciudad: PASTO		Cód. Postal:		No. Factura:		No. Bolsa Seguridad:		FORMA DE PAGO	
Dpto: NARIÑO		D.I./NIT:		No. Remisión:		No. Factura:		FORMA DE PAGO	
e-mail:		D.I./NIT:		No. Remisión:		No. Factura:		FORMA DE PAGO	
Vr. Declarado: 1000		Tel/cel: 7700214		Tel/cel:		No. Remisión:		FORMA DE PAGO	
Vr. Flete:		Vr. Sobreflete:		Vr. Total:		No. Factura:		FORMA DE PAGO	
Dice contener: 100		Observaciones para la entrega:		Observaciones en la entrega:		No. Remisión:		FORMA DE PAGO	
Quien entrega:		Observaciones para la entrega:		Observaciones en la entrega:		No. Factura:		FORMA DE PAGO	
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO		FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:		FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.		RECIBI A CONFORMIDAD.		FORMA DE PAGO	
1 Desconocido		1 HORA / DÍA / MES / AÑO				NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.		FORMA DE PAGO	
2 Rehusado		2 HORA / DÍA / MES / AÑO				Pachajc		FORMA DE PAGO	
3 No reside		3 HORA / DÍA / MES / AÑO				12/24/2016		FORMA DE PAGO	
4 No reclamado		FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE				HORA / DÍA / MES / AÑO		FORMA DE PAGO	
5 Dirección errada		DÍA / MES / AÑO						FORMA DE PAGO	
6 Otros (Novedad operativa/Cerrado)								FORMA DE PAGO	

DESTINATARIO

IMPRESO POR: SERVICIO NACIONAL DE ENTREGAS Y CORREOS S.A. TEL: 4 293 295 - 2014/00/01

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:

65SER69189 65SER69189

Quién recibe:

1133555295