

SCA.R-1610623-16

San Juan de Pasto, 25 de octubre de 2016

Doctora:  
YENNY LORENA JARAMILLO  
Talento humano ILIOS GROUP  
Carrera 32 No. 19 - 54 Avenida Los Estudiantes  
Pasto

Asunto: Respuesta a su solicitud

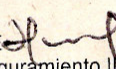

Cordial saludo

En atención a su solicitud le informo que los Profesionales en mención son los que se encuentran inscritos ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño, cabe aclarar que son inscripciones mas no registro por lo tanto los datos que menciona en su oficio son los que reposan en nuestra base de datos.

En cuanto al profesional GUILLERMO ENRIQUE BENITEZ ESPAÑA identificado con número de cedula 10547512 de Popayán, aparece con el nombre de GILBERTO ENRIQUE BENITEZ ESPAÑA, quien se encuentra inscrito como Especialista en Cirugía General y Especialista en Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos.

Atentamente,

  
OMAR ANDRÉS ALVAREZ MEJIA  
Director IDSN

Revisó: MARCELA PINZON SOLARTE   
Subdirectora de Calidad y Aseguramiento IDSN  
Proyectó: ERICA YAMILE QUIROGA G.   
Secretaria SCA





SEMPRE EN ACCIÓN  
Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 1

## AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: 4 PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION

CONCEPTO DEVOLU DIRECCION INCORRECTA

Fecha Confirmación: 11/04/2016 14:52:45

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: pachajc



1132976776



SEMPRE EN ACCIÓN  
Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 1

## AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION

CONCEPTO DEVOLU FALTAN DATOS EN LA DIRECCION

Fecha Confirmación: 11/16/2016 15:22:06

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: pachajc



1133555267



SEMPRE EN ACCIÓN  
Centro de Soluciones

CONFIRMACION No 2

## AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO

DIRECCION:

CODIGO POSTAL:

OBSERVACIONES: NO SE LOGRO ESTABLCKER COMUNICACION

CONCEPTO DEVOLU NO LO CONOCEN

Fecha Confirmación: 11/26/2016 11:29:33

Regional Confirma: OCCIDENTE

Usuario: pachajc



1133555267

OP 38207



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	HORA
DÍA / MES / AÑO	:
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA	
DÍA / MES / AÑO	



\* 1 1 3 3 5 5 5 2 6 7 \*

NIGILADO SUPERTRANSPORTE GUÍA CRÉDITO No.

CODIGO DESTINO	CUIDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD ARCHIVO	Nombre: Yenny Lorena Jaramillo	VOL: LARECO / AEREO / ANTERO		
Dirección: PLAZOLETA BOMBONA	Dirección: ELIOS GROUP	PESO(Kg):		
País: PASTO	e-mail: los estudiantes	PESO(Vol):		
Dpto: NARIÑO	Cód. Postal: 2105000	<b>PIEZAS: 1</b>		
e-mail:	D.I./NIT: 591280001/11	No. Sobreporte:		
Vr. Declarado: 5000	Tel/cel: 7235314	No. Remisión:		
Vr. Flete:	País: GFC 202	No. Factura:		
Vr. Sobreflete:	Ref. 2:	No. Bolsa Seguridad:		
Dice contener:	Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:		
Quien entrega:	FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.		RECIBI A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.	
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FECHA Y HORA DE ENTREGA		
1 Desconocido	1 HORA / DÍA / MES / AÑO	HORA / DÍA / MES / AÑO		
2 Rehusado	2 HORA / DÍA / MES / AÑO			
3 No reside	3 HORA / DÍA / MES / AÑO			
No reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE			
Dirección errada	/ DÍA / MES / AÑO			
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. 1.133555267

SER: 55SER59189 55SER59189 Quién recibe:

DESTINATARIO

OP 39707



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	HORA
DÍA / MES / AÑO	:
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA	
DÍA / MES / AÑO	



\* 1 1 3 3 5 5 5 2 6 7 \*

NIGILADO SUPERTRANSPORTE GUÍA CRÉDITO No.

CODIGO DESTINO	CUIDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD ARCHIVO	Nombre: Yenny Lorena Jaramillo	VOL: LARECO / AEREO / ANTERO		
Dirección: PLAZOLETA BOMBONA	Dirección: ELIOS GROUP	PESO(Kg):		
País: PASTO	e-mail: los estudiantes	PESO(Vol):		
Dpto: NARIÑO	Cód. Postal: 2105000	<b>PIEZAS: 1</b>		
e-mail:	D.I./NIT: 591280001/11	No. Sobreporte:		
Vr. Declarado:	Tel/cel: 7235314	No. Remisión:		
Vr. Flete:	País: GFC 202	No. Factura:		
Vr. Sobreflete:	Ref. 2:	No. Bolsa Seguridad:		
Dice contener:	Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:		
Quien entrega:	FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.		RECIBI A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.	
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FECHA Y HORA DE ENTREGA		
1 Desconocido	1 HORA / DÍA / MES / AÑO	HORA / DÍA / MES / AÑO		
2 Rehusado	2 HORA / DÍA / MES / AÑO			
3 No reside	3 HORA / DÍA / MES / AÑO			
No reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE			
Dirección errada	/ DÍA / MES / AÑO			
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. 1.133555267

COD. CDS/SER: 55SER59189 55SER59189 Quién recibe:

REMITENTE

OP 394-1-200



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	HORA
DÍA / MES / AÑO	:
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA	
DÍA / MES / AÑO	



\* 1 1 3 2 9 7 6 7 7 6 \*

NIGILADO SUPERTRANSPORTE GUÍA CRÉDITO No.

CODIGO DESTINO	CUIDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO
Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD ARCHIVO	Nombre: Yenny Lorena Jaramillo	VOL: LARECO / AEREO / ANTERO		
Dirección: PLAZOLETA BOMBONA	Dirección: ELIOS GROUP	PESO(Kg):		
País: PASTO	e-mail: los estudiantes	PESO(Vol):		
Dpto: NARIÑO	Cód. Postal: 2105000	<b>PIEZAS: 1</b>		
e-mail:	D.I./NIT: 591280001/11	No. Sobreporte:		
Vr. Declarado: 5000	Tel/cel: 7235314	No. Remisión:		
Vr. Flete:	País: GFC 202	No. Factura:		
Vr. Sobreflete:	Ref. 2:	No. Bolsa Seguridad:		
Dice contener:	Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:		
Quien entrega:	FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.		RECIBI A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.	
CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO	FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:	FECHA Y HORA DE ENTREGA		
1 Desconocido	1 HORA / DÍA / MES / AÑO	HORA / DÍA / MES / AÑO		
2 Rehusado	2 HORA / DÍA / MES / AÑO			
3 No reside	3 HORA / DÍA / MES / AÑO			
No reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE			
Dirección errada	/ DÍA / MES / AÑO			
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. 1.132976776

COD. CDS/SER: 55SER59189 55SER59189 Quién recibe:

DESTINATARIO