

SCA-17001237-17

San Juan de Pasto, 17 de febrero de 2017

Doctora:  
YENNY CAROLINA CALVACHE DIAZ  
Peticionaria  
carolina.cd@hotmail.com

Asunto: Respuesta a derecho de petición del 30 de enero de 2017

Saludo Cordial

En atención de la petición de la referencia se le informa que una vez revisada la petición en reunión de comité de servicio social obligatorio, según el médico del comité valoró el diagnóstico de LUPUS que usted padece, manifestó que el mismo no le genera una condición de incapacidad, que le impida prestar su servicio social obligatorio, por lo que deberá continuar laborando con el fin de cumplir con el requisito establecido en el artículo: 33 de la Ley: 1164 de 2007.

Atentamente:

  
OMAR ANDRÉS ÁLVAREZ MEJÍA  
Director IDSN

Revisó: Consuelo Santisteban Ruíz *cu*  
Proyectó: Paola Santacruz B *ps*





CONFIRMACION No 1

# AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

CIUDAD: PASTO NARIÑO  
 DIRECCION:  
 CODIGO POSTAL:  
 OBSERVACIONES: NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION

CONCEPTO DEVOLU NO LO CONOCEN  
 Fecha Confirmación: 02/27/2017 16:05:46  
 Regional Confirma: OCCIDENTE  
 Usuario: lunace



1135584464



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 PROGRAMADA DE ENTREGA  
 02 27 17  
 16 05 46  
 NIGILADO SUPERTRANSPORTE GUÍA CRÉDITO No. 1135584464



\* 1 1 3 5 5 8 4 4 6 4 \*

|   |   |                              |  |   |
|---|---|------------------------------|--|---|
| CODIGO DESTINO  | CUIDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO<br>PASTO   | MODULO DE TRANSPORTE         | TIEMPO DE ENTREGA  | FORMA DE PAGO   |
| <b>REMITENTE</b>  | Nombre: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD<br>DIRECCION: (ARCHIVO)<br>PLAZOLETA BOMBONA<br>Ciudad: PASTO País:<br>Dpto: NARIÑO D.I./NIT: 01280001111<br>e-mail: Tel/cel:  | <b>DESTINATARIO</b>          | Nombre: YENNY CARDENAS CALACHE<br>DIRECCION: DWZ.<br>calle 10 N. 24A-02.<br>EDIFICIO SANTOENIT<br>Cód. Postal: APTO: 201<br>Tel/cel: País: | <b>DATOS ENVIO</b><br>VOL: Aireo / SECTO / ANCHO<br>PESO(Kg):<br>PESO(Vol):<br><b>PIEZAS: 1</b><br>No. Sobreparte:<br>No. Remisión:<br>No. Factura:<br>No. Bolsa Seguridad: |
| Vr. Declarado: 5000   | Vr. Flete:  | Vr. Sobreflete:              | Vr. Total:   | Ref. 2:   |
| Dice contener:  | Observaciones para la entrega:  | Observaciones en la entrega: |  |   |
| Quien entrega:  | FIRMA, SELLO DEL REMITENTE:   |                              | RECIBI A CONFORMIDAD<br>NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.<br>Paola Santanna<br>FECHA Y HORA DE ENTREGA<br>02 27 17 16 43 74     |   |
| <b>CAUSAL DEVOLUCION DEL ENVIO</b>  | <b>FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:</b>  |                              |  |   |
| <input type="checkbox"/> 1 Desconocido<br><input type="checkbox"/> 2 Rehusado<br><input type="checkbox"/> 3 No reside<br><input type="checkbox"/> No reclamado<br><input type="checkbox"/> Dirección errada<br><input type="checkbox"/> Otros (Novedad operativa/Cerrado) | <input type="checkbox"/> 1 HORA / DIA / MES / AÑO<br><input type="checkbox"/> 2 HORA / DIA / MES / AÑO<br><input type="checkbox"/> 3 HORA / DIA / MES / AÑO<br><b>FECHA DEVOLUCION A REMITENTE</b><br>/ DIA / MES / AÑO |                              |  |   |

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: 65SER59186 65SER59186 Quién recibe: PASTO NARIÑO. 1135584464

DESTINATARIO