

472

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A NIT 900.062.917-9

Miembro Concesionario de Correos

CORREO CERTIFICADO NACIONAL 2025

Centro Operativo: PV.BELEN

Fecha Admisión: 16/10/2025 17:28:39

Orden de servicio:

Fecha Aprox Entrega: 17/10/2025



RA542789509C0

3333
482

Remitente

Nombre/ Razón Social: SOLUCIONES EN LOGISTICA Y SUMINISTROS SAS
 Dirección: CARRERA 40 # 49-24 OFI 506 EDIF CENTRO AYACUCHO NIT/C.C./T.I:
 Referencia: Teléfono: 3023769812 Código Postal: 050012218
 Ciudad: MEDELLIN_ANTIQUOIA Depto: ANTIQUOIA Código Operativo: 3333485

Destinatario

Nombre/ Razón Social: LUZ ALBENY CALLEJAS ZAPATA
 Dirección: CARRERA 7 # 55 GA - 50 VILLA HERMOSA
 Tel: 3135365291 Código Postal: 050014405 Código Operativo: 3333482
 Ciudad: MEDELLIN_ANTIQUOIA - ANTIQUOIA Depto: ANTIQUOIA

Valores

Peso Físico(grs): 100
 Peso Volumétrico(grs): 0
 Peso Facturado(grs): 100
 Valor Declarado: \$0
 Valor Flete: \$10.250
 Costo de manejo: \$0
 Valor Total: \$10.250 COP

Dice Contener: *no lo condensa*

Observaciones del cliente: DCTOS

Causal Devoluciones:

<input type="checkbox"/> RE	Rehusado	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	Cerrado
<input type="checkbox"/> NE	No existe	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	No contactado
<input type="checkbox"/> NS	No reside	<input type="checkbox"/> FA		Fallecido
<input type="checkbox"/> NR	No reclamado	<input type="checkbox"/> AC		Apartado Clausurado
<input checked="" type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> FM		Fuerza Mayor
<input type="checkbox"/>	Dirección errada			

Firma nombre y/o sello de quien recibe:

C.C. Tel: Hora:

Fecha de entrega: *18-10-25*

Distribuidor: *RA542789509*

C.C. *7194637*

Gestión de entrega:

1er 2do

3333
485

PV.BELEN
NOR-OCCIDENTE



33334853333482RA542789509C0

		NOTIFICACIÓN - ARRENDAMIENTO TEMPORAL		CÓDIGO: F-GS-91 VERSIÓN: 2 FECHA: 15/07/2022 PÁGINA: 1	
Forma de notificación: Personal <input checked="" type="checkbox"/>	Correo certificado <input type="checkbox"/>	Aviso <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
DIA <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR: LUZ ALBENY CALLEJAS ZAPATA		CÉDULA: 1.001.508.172			
NÚMERO FICHA O CARPETA: 46329					
DIRECCIÓN: CRA 7 # 55GA - 50		TELEFONOS: 3135365291			
BARRIO: Villa Hermosa (Villa Turbay)		COMUNA: Comuna 08			
TIPO DE NOTIFICACIÓN	REQUISITOS PARA ACCEDER AL PROYECTO <input type="checkbox"/>	INCUMPLIMIENTO Y/O IMPEDIMENTO PARA ACCEDER AL PROYECTO <input type="checkbox"/>			
	IMPEDIMENTO Y/O INCUMPLIMIENTO PARA CONTINUAR EN EL PROYECTO <input type="checkbox"/>	DOCUMENTOS PENDIENTES PARA LA CONTINUIDAD EN EL PROYECTO <input type="checkbox"/>			
	TERMINACIÓN DEL SMAT <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>			
	TIPO DE EVACUACIÓN: Definitiva <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/>		TENENCIA: Propia <input checked="" type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Invadida <input type="checkbox"/>	PERDIDA DE ENSERES: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
TIEMPO DE PERMANENCIA EN MEDELLÍN (En años): 14					
DESPLAZADO: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HACE CUÁNTO: <input type="checkbox"/>	REGISTRADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>			
DE DÓNDE: <input type="checkbox"/>					
PERSONA QUE RECIBE LA NOTIFICACIÓN: LUZ ALBENY CALLEJAS ZAPATA		CÉDULA: 1.001.508.172	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR: JEFE DE HOGAR		
INFORMACIÓN SUMINISTRADA - SUSTENTO JURÍDICO - PLAZO OTORGADO					
SE CONTACTA AL JEFE DE HOGAR PARA INFORMARLE SOBRE LOS REQUISITOS QUE DEBE APORTAR PARA CONTINUAR SU ATENCIÓN POR EL DECRETO 0809 DEL 2024, SE LE INDICA QUE DEBE APORTAR: DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DEL GRUPO FAMILIAR DOCUMENTOS ACREDITAN TENENCIA DE LA CASA TALES COMO: ESCRITURA, COMPRAVENTA, PROMESA DE COMPRAVENTA, CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICIÓN, IMPUESTO PREDIAL, DECLARACIÓN EXTRAPROCESAL, INSTALCIÓN DE SERVICIOS PUBLICOS, TODOS ELLOS CON FECHA ANTERIOR AL EVENTO, CERTIFICADO DE RESIDENCIA EMITIDO POR LA SUBSECRETARIA DE SERVICIOS A LA CIUDADANÍA (PARA DEMOSTRAR PERMANENCIA) A NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR. INGRESOS DEL HOGAR. CARTA LABORAL, CERTIFICADO DE INGRESOS Y TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR, O CARTA SIMPLE DE AYUDA ECONÓMICA, REGISTRO UNICO DE VICTIMAS EN CASO DE APLICAR Y EL TIEMPO PARA APORTAR ESTOS DOCUMENTOS QUE SERÁN DE DOS MESES, EN CASO DE NO HACERLO DURANTE ESTE TIEMPO NO PODRÁ POSTULARSE AL SUBSIDIO MUNICIPAL DE ARRENDAMIENTO TEMPORAL CON LA FICHA ACTUAL.					
<small>Con la entrega de la información personal contenida en este documento autorizo al Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED) con NIT 900.014.480-8, para que recolecte, almacene, use, transfiera y entregue a terceros el manejo de mis datos personales. Esta autorización me fue solicitada y puesta de presente, antes de recolectar mi información personal, la cual acepto libre y voluntariamente. Además, se me informó sobre el derecho que tengo a consultar en el portal del Instituto www.isvimed.gov.co el contenido de la política de protección de datos personales y los derechos a los que tengo acceso.</small>					
<small>Expresamente autorizo me sean notificados al correo electrónico _____ en actos administrativos y en general toda la información relacionada con el Proyecto de Arrendamiento Temporal, de conformidad a lo ordenado en los artículos 56 y 57 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</small>					
INTERESADO/A EN INGRESAR AL PROYECTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Nombre de quien realiza la notificación _____		Nombre del beneficiario o integrante c.c. _____			
		La persona se niega a firmar <input type="checkbox"/>			
Firma de testigo y cédula _____					