



Alcaldía de Palmira  
Nit.: 891.380.007-3

República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Alcaldía Municipal de Palmira  
**SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN**

**ACTA DE REUNIÓN**

TRD: 192.1.26.27.00000001.1037.2025000096

<b>Tema:</b>	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	<b>Fecha:</b>	10/10/2025
<b>Lugar:</b>	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL	<b>Hora Inicial:</b>	8: 00 A.M.
<b>Participantes:</b>	Ver listado de asistencia anexo	<b>Hora Final:</b>	A.M.

**1. ORDEN DEL DÍA**

- 1.1. Saludo a los participantes
- 1.2. Acompañamiento y Verificación de apertura de buzones de sugerencias durante el mes de OCTUBRE del año 2025.

**2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA**

- 2.1. El día 10 de octubre de 2025, se reunieron las personas relacionadas en el "LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES" en la sede de la entidad CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL, para dar cumplimiento con la apertura del o los buzones de sugerencias ubicados dentro de las instalaciones.

En la presente acta se detalla el proceso mediante el cual se hace el escrutinio del buzón y el mecanismo para direccionar las PQRSFD recogidas durante la frecuencia de apertura establecida por la entidad. A continuación se relacionan el número de PQRSFD encontradas en el buzón durante esta visita:

	NUMERO DE BUZONES TOTALES Nº DE BUZONES POR AREA	#
BUZON 1	Urgencias Adulto	1
BUZON 2	Urgencias Pediátricas	0
BUZON 3	Urgencias VIP	0
BUZON 4	Imágenes Diagnósticas	0
BUZON 5	Consulta externa-Cirugía-Gastro	0
BUZON 6	Consulta externa solo	0
BUZON 7	UCI	0
BUZON 8	Urgencias Prepagadas	0
BUZON 9	Hospitalización Prepagada	0
BUZON 10	Hospitalización EPS	1
	TOTAL PQRSFD	

Subsecretaría de Planeación y Administración  
Carrera 27 No. 29-32  
www.palmira.gov.co  
Línea de Atención: 602 8912312





Alcaldía de Palmira  
Nit.: 891.380.007-3

República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Alcaldía Municipal de Palmira  
**SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN**

## ACTA DE REUNIÓN

### 2.2. TRAZABILIDAD DE LAS PQRSFD ENCONTRADAS EN EL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR (TOMAMOS UNA MUESTRA)

NOMBRE DEL USUARIO QUE RADICO LA PETICION	RESUMEN MOTIVO DE LA PETICION	HUBO RTA. OPORTUNA PARA EL USUARIO(SI) (NO)	LA RESPUESTA FUE COMPLETA (SI) (NO)	LA PETICION SE TRASLADO POR COMPETENCIA (SI) (NO)	NO REQUIRIO RESPUESTA (SI) (NO)
Natalia Diaz Martinez 3163885844 diazmartinez nathalia@gmail.com Asegurador Sanitas	La Dra. Alexon dra Vallejo fue bastante grose- ra en su tono y forma de diri- girse a mí y mi acompañan- te...				
	Se adjunta Se adjunta Registro fotográfico de la PQR				

### 3. CONCLUSIONES DE LA REUNION

- La entidad tiene un procedimiento y lo aplica para la apertura de los buzones Si
- La entidad cumple con el procedimiento para la apertura de los buzones con personal calificado para la actividad Si
- La Secretaría de Salud verificó la TRAZABILIDAD de la gestión de la (s) PQRSFD de la muestra Si
- Se anexa registro fotográfico de la visita, de las PQRSFD encontradas en los buzones en esta visita Si



Alcaldía de Palmira  
Nit.: 891.380.007-3

República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Alcaldía Municipal de Palmira  
**SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y  
ADMINISTRACIÓN**

**ACTA DE REUNIÓN**

**3. RESUMEN DE COMPROMISOS**

Nº	Tema / Actividad	Responsable	Fecha de cumplimiento
1	Envío copia digital del acta de visita apertura de buzón de sugerencias al correo institucional designado por la entidad: <i>Karen.granobles@christus.co</i>	Lesvy Yaneth Zapata	10 noviembre 2025

Leída la presente acta se somete a consideración y es aprobada por los asistentes, en constancia de lo anterior suscriben el acta:

**FIRMAS:**

Nombre: **KAREN GRANOBLES**

Cargo: ANALISTA  
CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA  
REAL

Nombre: **LESVY YANETH ZAPATA B.**

Cargo: Profesional 01  
[participacion.salud@palmira.gov.co](mailto:participacion.salud@palmira.gov.co)  
contacto: 3133920611

**ANEXO: Listado de asistencia No se adjunta. Firmas en rúbrica sobre este mismo documento de Acta.**

Proyectó: Lesvy Yaneth Zapata-Profesional 01 *Lesvy B.*  
Revisó: Marly Jicet Silva – Subsecretaría de Planeación y Administración Secretaría de Salud  
Aprobó: Marly Jicet Silva – Subsecretaría de Planeación y Administración Secretaría de Salud

Subsecretaría de Planeación y Administración  
Carrera 27 No. 29-32  
[www.palmira.gov.co](http://www.palmira.gov.co)  
Línea de Atención: 602 8912312





**Estimado paciente:** Tus opiniones, inquietudes y/o sugerencias son muy importantes para mejorar nuestros servicios.

**Dear patient:** Your opinions, concerns or suggestions are very important to improve our services.

Por favor, diligenciar con letra legible todos los campos, los cuales son indispensables para poder gestionar tus manifestaciones.

Please fill out all fields in legible handwriting, which are essential to be able to manage your requirements.

09

10

2025

Cédula paciente / Patient ID: 1113670564

Nombre del paciente / Name of patient: Nathalia Diaz Martinez

Correo electrónico / Email: diazmartineznathalia@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 3163885844

Marca con una X a qué empresa haces referencia / Mark with an X which business unit you refer to:

Clínica Farallones

Clínica Palma Real

Clínica Lungavita

Nombre de la unidad - Área donde está ubicado el buzón  
/ Name of health center - Location of the suggestion box:

Urgencias

Nombre de tu asegurador o EPS / Name of your insurance company: Santas

Radicación N° (Para uso de la empresa) / Filing N° (For internal use only):

Lo Drs Alexandra Vallejo fue bastante grosera en su tono y forma de dirigirse a mi y mi acompañante durante mi consulta de urgencias, entiendo el tiempo de espero y acepto que existen cosas mucho mas urgentes que el mio. Pero mi queja se centra en el mal trato y agresion como paciente y usuaria, incluso al momento de acercarme a otra profesional se mostró con un fuerte tono de voz. Mis resultados de examenes medicos fueron recibidos hace mas de una hora y solo pedí orientacion acerca del caso si se y de los resultados obtenidos. Solicitud como usuaria una respuesta a mi queja. Gracias.



Nombre Centro/Sede/UEEN: CLINICA PALMA REAL  
Por favor diligenciar todos los campos del formato

Acta de seguimiento a  
Buzón de Manifestaciones de los Pacientes

Código: CHS-FT-175  
Versión: 1

Fecha de recolección DD/MM/AAAA	Nombre de quien recolectó información del buzón	Cargo de quien recolectó la información del buzón	Cantidad de formatos recolectados	Nombre completo del paciente testigo de la apertura del buzón	No. de documento de identidad del usuario testigo de la apertura del buzón	Firma del paciente testigo de apertura de buzón	Observaciones / Detalles importantes
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Ariel Esteban	29.605.945	Ariel Esteban	CENTRO DE REHABILITACIÓN
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Gloria Zamora	31.628.847	Gloria Zamora	CENTROS PLATINOS
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Hector Castro	113.645.028		IMAGENES
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Ailda Andrade			HOSPITALIZACIÓN 7
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Sebastián Cárdenas	10.663.26.125		HOSPITALIZACIÓN 6
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Ronal Andrade	14.695.404		URGENCIAS VIP 5
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	José Cárdenas	1.285.77.11	Señor	UCI
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Ricardo Cárdenas	04.04.043		CONSULTA EXTERNA 3
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Daniela Pérez	113.603.483		UNIDAD DE GASTRO
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0	Aufra Gómez	113.635.642		CIRUGIA
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0				URGENCIAS PBS PEDIATRICA
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0				URGENCIAS PBS
10/10/2025	KAREN GRANOBLES	ANALISTA	0				URGENCIAS VIP PISO 1