

**ACTA DE REUNIÓN**

192.1.26.27.00000001.1037.2025000008



<b>Tema:</b>	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	<b>Fecha:</b>	11/03/2025
		<b>Hora Inicial:</b>	3 P.M.
<b>Lugar:</b>	<b>CENTRO DE EXCELENCIA SANTA HELENA</b>	<b>Hora Final:</b>	

**Participantes:** Ver listado de asistencia anexo

**1. ORDEN DEL DÍA**

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

**2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA**

- 2.1. El día 11 de MARZO de 2025, se reunieron las personas del "LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES" en la sede de la Entidad CENTRO DE EXCELENCIA SANTA HELENA, para dar cumplimiento con la apertura del Buzón de Sugerencias ubicado (os) 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 PQRS (Petición, queja, reclamo, sugerencia y/o felicitación) recogidas durante la frecuencia de aperturas establecida por la entidad. A continuación se relaciona el número de PQRS encontradas en el buzón durante esta visita:

NUMERO DE BUZONES TOTALES			1
	N° de Buzón	Área	#
Piso 1	Buzón	Consulta Externa	2
<b>TOTAL PQRS</b>			2

**3. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN**

- La entidad tiene un procedimiento para la apertura de los buzones de sugerencias.
- La entidad cumple con el procedimiento para la apertura de buzones de sugerencias con personal calificado

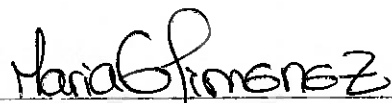
**ACTA DE REUNIÓN**

- La Secretaria de Salud verificó la trazabilidad de la gestión de las PQRS
- Se anexa registro fotográfico de la visita y de las PQRS encontradas en los buzones en esta visita.

**4. 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:	Lesvy Yaneth Zapata Bahamón	10/03/2025

**FIRMAS:**



Nombre: **MARIA GABRIELA JIMENEZ**  
Cargo: Líder de Atención al usuario  
Centro de Excelencia Santa Helena



Nombre: **LESVY YANETH ZAPATA**  
Cargo: profesional 01  
participación.salud@palmira.gov.co  
Contacto: 3133920611

**ANEXO:** Listado de asistencia a reuniones

Proyectó: Lesvy Yaneth Zapata-Profesional Universitario 01  
Revisó: Marly Jicet Silva –Subsecretaria de Planeación y Administración-Secretaria de Salud  
Aprobó: Marly Jicet Silva –Subsecretaria de Planeación y Administración-Secretaria de Salud

PLANILLA DE PQRS ENCONTRADAS A ESTE CORTE

FECHA	CONSECUTIVO	QUEJA	RECLAMO	SUGERENCIA	FELICITACIONES
4/10/2021	1				
7/10/2021	2				
14/10/2021	3				
14/10/2021	4				
21/10/2021	5				
21/10/2021	6				
28/10/2021	7				
28/10/2021	8				
1/11/2021	9				
8/11/2021	10				
15/11/2021	11				
15/11/2021	12				
22/11/2021	13				
22/11/2021	14				
29/11/2021	15				
29/11/2021	16				

Foto 1. PLANILLA DE PQRS ENCONTRADAS A ESTE CORTE

PQRS DE ELISSEN YEIMY SOLARTE

Formulario de PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades)

Nombre: ELISSEN YEIMY SOLARTE

Apellido(s): SOLARTE

Identificación: 313 413343

Dirección Residencia: BO PALMIRA VALLE

EPS a que está afiliado(a): SUSANA

E-Mail: yeimysolarte@gmail.com

Nombre Empresa Laboral: (Espacio para su mensaje)

Contenido de la queja/reclamo/sugerencia/felicidad:

Estoy embarazada vivo en Palmira Valle del caucho y con el cierre de obstetricia de la clinica Palmira solicito por favor me informen que puntos de atención puedo acudir y donde con mi parto en caso de una urgencia o emergencia donde debo ir igualmente si necesito quedo a la espera de respuesta

Foto 2. PQRS DE ELISSEN YEIMY SOLARTE

PQRS DE ANA CECILIA MEZA

Formulario de PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades)

Nombre: ANA CECILIA MEZA

Apellido(s): MEZA

Identificación: 322 646091

Dirección Residencia: (Espacio para su mensaje)

EPS a que está afiliado(a): (Espacio para su mensaje)

E-Mail: (Espacio para su mensaje)

Nombre Empresa Laboral: (Espacio para su mensaje)

Contenido de la queja/reclamo/sugerencia/felicidad:

Avolia Hoy a cita prenatal con el Dr. Julian Andres Diaz Munoz, ya que ayer en mi trabajo manipulé clorex. y senti muy mal con dolor de cabeza y puntadas. y das manos irritadas y con ardor. Y el Dr hoy me dice que no tengo nada... Apuntito con un dolor

Foto 3. PQRS DE ANA CECILIA MEZA



Foto 4. CONDICIONES DEL BUZON EN LA IPS





Alcaldía de Palmira  
Nº: 891.380.007-3

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

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

LUGAR DE LA REUNIÓN: CENTRO DE EXCELENCIA SANTA HELENA	FECHA: 11 DE MARZO 2025
ASUNTO O EVENTO: ACOMPAÑAMIENTO APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	HORA: 3 P.M.

Importante: En el cumplimiento de la ley 1381 de 2012 de protección de Datos y Personal y su decreto reglamentario 1377, el área de formación y capacitación de la Alcaldía Municipal de Palmira, le comunica que sus datos personales los cuáles comparte ni son cedidos a ninguna empresa o tercer, forman parte de esta base de datos de contactos para los fines exclusivos de nuestra área, acatando lo dispuesto en la ley con finalidad de contactarle por nuestros diferentes canales de comunicación para mantenerlo informado sobre tendencias de nuestros productos y servicios de acuerdo a las preferencias que usted nos ha manifestado previamente, actuara como responsable del tratamiento de estos datos para los mismos propósitos. Salvo que usted informe no estar interesado de estas comunicaciones podrá solicitar la supresión de datos personales de nuestra base de datos. Comuníquese con nuestro Teléfono: 2705605, e infórmenos sus preferencias de comunicación con nosotros. También nos puede escribir al correo: [atencionciudadano@palmita.gov.co](mailto:atencionciudadano@palmita.gov.co), o a la dirección Calle 30 No. 29 -39, o a nuestro portal [www.palmita.gov.co](http://www.palmita.gov.co)

No.	NOMBRES	APELLIDOS	No. DE CEDULA	EMPRESA - ENTIDAD - DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	FIRMA	Autorización de uso datos	
1	MARIA GABRIELA	JIMENEZ	<del>4430602648</del> 1126910367	C.E. SANTA HELENA	ATEN.USUARIO	<a href="mailto:maria18gabriela@gmail.com">maria18gabriela@gmail.com</a>	31776575847	<i>Maria Jimenez</i>	SI	NO
2										
3	LESVY YANETH	ZAPATA	55150500	SECRETARIA SALUD	PO1	<a href="mailto:lesvy.zapata@palmita.gov.co">lesvy.zapata@palmita.gov.co</a>	31333920611	<i>Lesvy Zapata</i>		
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										





FECHA	11/ MARZO / 2025		CÉDULA	1126910367		
NOMBRE	Maira Gabriela Jimenez		TELÉFONO	317 765 75847		
ACTIVIDAD O TIPO DE TRÁMITE						
<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN AL CIUDADANO	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN EN SALUD	<input checked="" type="checkbox"/>	ASISTENCIA TÉCNICA	
<input type="checkbox"/>	CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/>	VACUNACIÓN	<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN EN DISCAPACIDAD	
<input type="checkbox"/>	LICENCIA DE EXHUMACIÓN	<input type="checkbox"/>	LICENCIA DE INHUMACIÓN O CREMACIÓN	<input type="checkbox"/>	AFILIACIÓN EN SALUD REGIMEN SUBSIDIADO	
<input type="checkbox"/>	TRASLADO CENIZAS	<input type="checkbox"/>	TRASLADO DE CADÁVERES			
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD			LESVY Zapata			
TEMA:			Acomp. Apertura Buzones			
AREA O PROCESO QUE LO ATENDIO						
<input type="checkbox"/>	1. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	<input type="checkbox"/>	5. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	<input type="checkbox"/>	9. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	
<input type="checkbox"/>	2. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	<input type="checkbox"/>	6. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	<input type="checkbox"/>	10. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
<input type="checkbox"/>	3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	<input type="checkbox"/>	7. SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS	<input type="checkbox"/>	11. ASEGURAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	4. SALUD PÚBLICA Y ÁMBITO LABORAL	<input type="checkbox"/>	8. ESTADÍSTICAS VITALES	<input checked="" type="checkbox"/>	12. PARTICIPACIÓN SOCIAL	
<p>Para nosotros es importante conocer su grado de satisfacción respecto a los servicios prestados por la Secretaría de Salud de Palmira. Por favor marque con una "X" su nivel de satisfacción de acuerdo con la INTERVENCIÓN recibida; teniendo en cuenta calificar en una escala de 1 a 5, siendo: 1- Muy Insatisfecho, 2- Insatisfecho, 3- Neutral, 4-Satisfecho y 5- Muy Satisfecho.</p>						
CRITERIOS DE CONTROL		1. MUY INSATISFECHO	2. INSATISFECHO	3. NEUTRAL	4. SATISFECHO	5. MUY SATISFECHO
Número	Pregunta					
1	¿Qué tan satisfecho está con el servicio recibido?					X
2	¿La información recibida fue clara, completa y actualizada?					X
3	¿El personal mostró buena disposición al momento de realizar la intervención o atención?					X
Por favor marque con una "X" si el trámite o intervención le generó algún tipo de costo?		SI		NO		
		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES GENERALES						
<p>IMPORTANTE: En el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 de protección de Datos y Personal y su decreto reglamentario 1377, la Alcaldía Municipal de Palmira, le comunica que sus datos personales no son cedidos a ninguna empresa o tercero, forman parte de nuestra base de datos para fines informativos, acatando lo dispuesto en la ley con finalidad de contactarlo por nuestros diferentes canales de comunicación.</p>						

