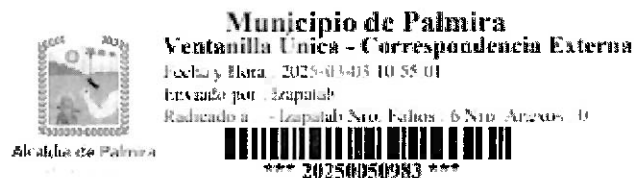


ACTA DE REUNIÓN

192.1.26.27.00000001.1037.2025000004



Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	04/03/2025
		Hora Inicial:	8 A.M.
Lugar:	CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALMA REAL	Hora Final:	
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 Febrero del año 2025.

2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

- 2.1. El día 04 de MARZO de 2025, se reunieron las personas del "LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES" en la sede de la Entidad CLINICA SANTA BARBARA, 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		9
	N° de Buzón	Área	#
Piso 1	Buzón	Urgencias adulto – Urgencias Pediátricas	2+1
Piso 1	Buzón	Imágenes diagnosticas	0
Piso 2	Buzón	Consulta externa - Cirugía	0
Piso 3	Buzón	Consulta externa solamente	0
Piso 4	Buzón	UCI	1
Piso 5	Buzón	Urgencias Prepagadas	0
Piso 6	Buzón	Hospitalización Prepagada	1
Piso 7	Buzón	Hospitalización Pacientes de EPS - ARL	1

ACTA DE REUNIÓN

Bloque Platinos	Centro	Buzón	Consulta Externa - FOMAG	0
TOTAL PQRS				

Febrero 250

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

La Secretaria de Salud verificó la trazabilidad de la gestión de las PQRS

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: **MAYRA LORENA DIAZ**
Cargo: Analista
CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALA
REAL



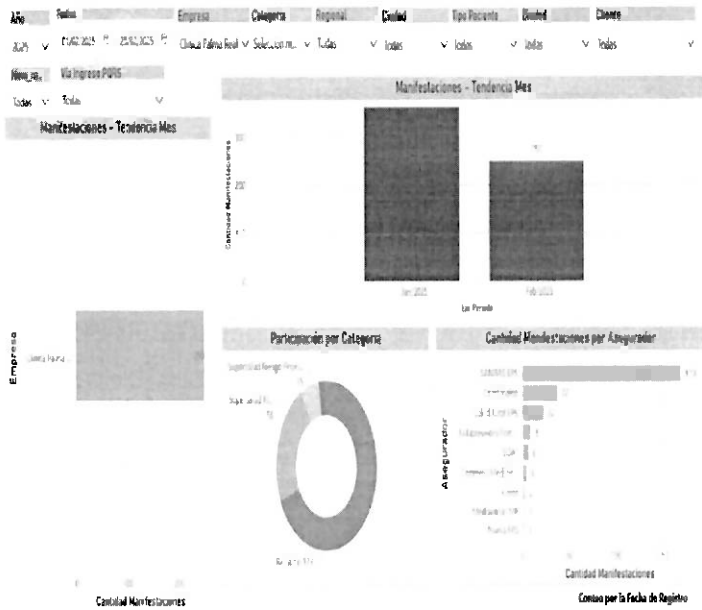
Nombre: **LESVY YANETH ZAPATA**
Cargo: profesional 01
participación.salud@palmira.gov.co
Contacto: 3133920611

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 

PQRS PARA REVISAR EN LA VISITA DE ABRIL DE 2025:

PQR ENCONTRADAS EN VISITA MARZO 2025	NOMBRE DEL USUARIO
CC.1006465657	JUAN JOSE DE LOS RIOS
RC. 1114014780	TRIAGO LEANDRO PIAMBA RODRIGUEZ
NO REPORTA	MARIELA DOMINGUEZ GARCIA
16281680	EDINSON LOPEZ OSPINA
1005896577	YEFERSON PLAZA BARRERA
591943971	RAFAEL H. OTALVARO VILA
53145787	NATALI JARAMILLO



CHRISTUS SINERGIA
Bogotá

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

Cédula paciente / Patient ID: _____

Nombre del paciente / Name of patient: Mariela Domínguez García

Correo electrónico / Email: marilita1234@propias.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 319 6997832 / 602 283 9014

Morón con una X a qué empresa haces referencia (Mark with an X with business unit you refer to):
☐ Clínica FarsKones ☒ Clínica Palma Real ☐ Clínica Lungavita

Nombre de la unidad / Área donde está ubicado el baxón / Name of health center / Location of the suggestion box: Unidad Hospital Fonag Torre B 2º piso

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

Radicación N° (para uso de la empresa) / Folio N° (for internal use only): _____

No Mariela Domínguez García, con cédula de ciudadanía N° 3196849, me quejo por lesión en el brazo izquierdo al sacarme la 28 muestra de sangre, después de 02 horas de haber desayunado, en el examen de Glicemia pre y post, el día miércoles 26 de febrero del presente año a las 11 y media de la mañana. Poco tiempo de desayunar a las 9 y media. Tremendos moretones. Aquí les cuento la foto de los moretones en una fotocopia.

AHe: MDE

Copia/Archivo personal

CHRISTUS SINERGIA
Bogotá

2. MARZO 2025

Nombre del paciente / Name of patient: Juan José De los Ríos

Correo electrónico / Email: claudopalmadominguez@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 3165000499

Morón con una X a qué empresa haces referencia (Mark with an X with business unit you refer to):
☐ Clínica FarsKones ☒ Clínica Palma Real ☐ Clínica Lungavita

Nombre de la unidad / Área donde está ubicado el baxón / Name of health center / Location of the suggestion box: Unidad Hospital Fonag Torre B 2º piso

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

Radicación N° (para uso de la empresa) / Folio N° (for internal use only): _____

He venido a ver a mi hijo y son las 10:30pm y no hay atención, le he dado 3 picos más, se le han caído los dientes, con una hora para hacer la copia, no se puede hacer la copia, no se puede hacer la copia, en preparación para esta atención.

Don't know in the attention.

En un momento, los datos de mi hijo, me han dado un resultado de 10.30pm, pero no he podido hacer la copia, le he dado 3 picos más, se le han caído los dientes, con una hora para hacer la copia, no se puede hacer la copia, no se puede hacer la copia, en preparación para esta atención.

Don't know in the attention.

CHRISTUS SINERGIA
Salud

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.

028 | Febrero | 2025 | Cédula paciente / Patient ID: 16281680

Nombre del paciente / Name of patient: Edison López Ospina

Correo electrónico / Email: meyel1967@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 3157109034

Marca con una X a qué empresa haces referencia: Mark with an X with business or service reference

☐ Clínica Farallones ☒ Clínica Palma Real ☐ Clínica Lungovita

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

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

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

Habitación 610

- Presenta tomacorrientes sin energía. No se puede ver la TV para distraerse.
- Presenta sifón de la ducha algo taponado. No "traiga" el agua normalmente

CHRISTUS SINERGIA
Salud

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.

028 | Febrero | 2025 | Cédula paciente / Patient ID: 16281680

Nombre del paciente / Name of patient: Edison López Ospina

Correo electrónico / Email: meyel1967@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 3157109034

Marca con una X a qué empresa haces referencia: Mark with an X with business or service reference

☐ Clínica Farallones ☒ Clínica Palma Real ☐ Clínica Lungovita

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

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

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

SINERGIA
Salud

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.

01 | Mar 20 | 2025 | Cédula paciente / Patient ID: 53145389

Nombre del paciente / Name of patient: Natali Jaramillo

Correo electrónico / Email: natalyara1783@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 3158940757

Marca con una X a qué empresa haces referencia: Mark with an X with business or service reference

☐ Clínica Farallones ☒ Clínica Palma Real ☐ Clínica Lungovita

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

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

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

Desde el día 27 de febrero, ingreso al servicio de urg por un dolor pélvico, donde me atendían en una silla, al día 1 de marzo que el ginecólogo da orden de hospitalización, la jefe de servicio Stephania, sugiere que no hay exámenes disponibles y que tengo que dejar continuar en una silla hasta que complete 72 horas de tratamiento por lo cual decido firmar acta voluntaria.

CHRISTUS SINERGIA
Salud

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.

028 | Feb | 2025 | Cédula paciente / Patient ID: 100585237

Nombre del paciente / Name of patient: Yeraldá Plaza Braces

Correo electrónico / Email: yeraldap196@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone: 3163818796

Marca con una X a qué empresa haces referencia: Mark with an X with business or service reference

☐ Clínica Farallones ☒ Clínica Palma Real ☐ Clínica Lungovita

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

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

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

Doy gracias por la atención recibida por personal muy atento, atención una enfermera muy humana en servicio en las instalaciones muy agradables y las camas de enfermeras muy agradables, muy agradables, por los días que estuve ocupada por la mala salud de mi esposo, por lo cual decido firmar acta voluntaria.

Atte: Yeraldá Plaza Braces
tel: 3163818796



Alcaldía de Palmira
NR.: 991.380.007-3

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: **CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALMA REAL**

ASUNTO O EVENTO: **ACOMPANAMIENTO APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS**

FECHA: **4 DE MARZO 2025**
HORA: **8 A.M.**

Importante: En el cumplimiento de la ley 1581 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 cuales comparto 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 mantenerle 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: 2709505, e informenos sus preferencias de comunicación con nosotros. También nos puede escribir al correo: atencionciudadano@palmira.gov.co, o a la dirección Calle 30 No. 29-39, o a nuestro portal www.palmira.gov.co

No.	NOMBRES	APELLIDOS	No. DE CEDULA	EMPRESA - ENTIDAD - DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	CELULAR	FIRMA	Autorización de uso datos	
									SI	NO
1	MAYRA LORENA	DIAZ	1130595297	CHRISTUS SINERGIA	ANALISTA	mayra.diaz@christus.co	3218159686		X	
2	YULI ANDREA	RIVEROS MURILLO	1114832290	CHRISTUS SINERGIA	ANFITRION SERV.	yuli.riveros@christus.co	3186158417			
3	LESVY YANETH	ZAPATA	55150500	SECRETARIA SALUD	PO1	lesvy.zapata@palmira.gov.co	3133920611		X	
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										



FECHA	4 Marzo 2025		CÉDULA	1130595297.	
NOMBRE	Mayra Diaz		TELÉFONO	3015417839.	
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			TEMA:		
Lesvy Zapata			Apertura Barones.		
ÁREA O PROCESO QUE LO ATENDIÓ					
<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.</p> <p>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:</p> <p>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
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>					

