



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

192.1.26.27.00000001.1037.2025000004



Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	04/03/2025
Lugar:	CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALMA REAL	Hora Inicial:	8 A.M.
Participantes: Ver listado de asistencia anexo		Hora Final:	

### 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
	Nº 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





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

Bloque Platinos	Centro	Buzón	Consulta Externa - FOMAG	<input checked="" type="radio"/>
<b>TOTAL PQRS</b>				

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 Secretaría 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-Secretaría de Salud  
 Aprobó: Marly Jicet Silva –Subsecretaria de Planeación y Administración-Secretaría de Salud

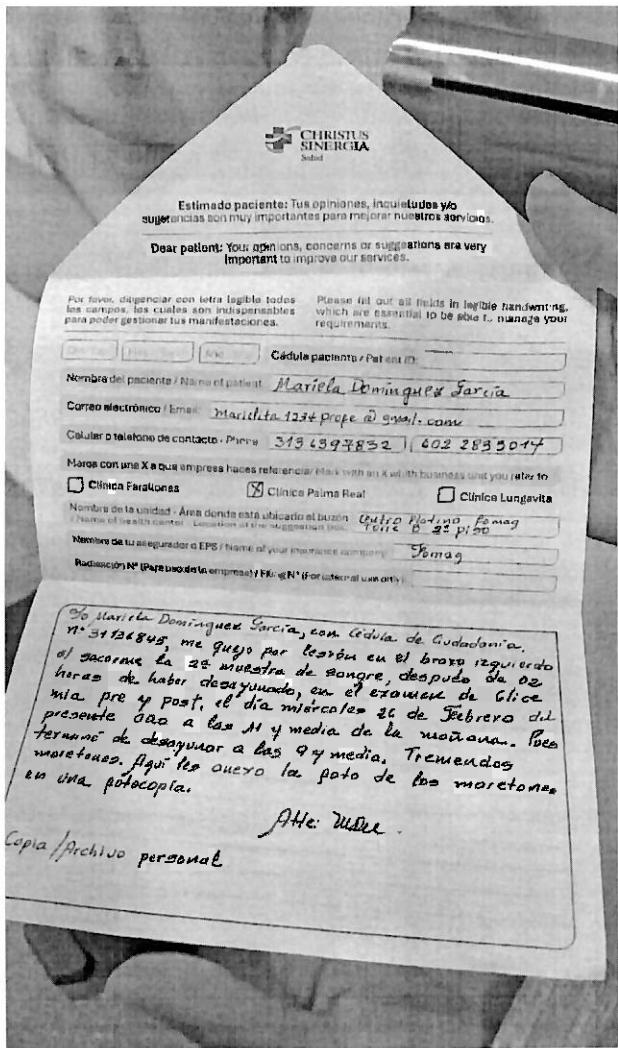
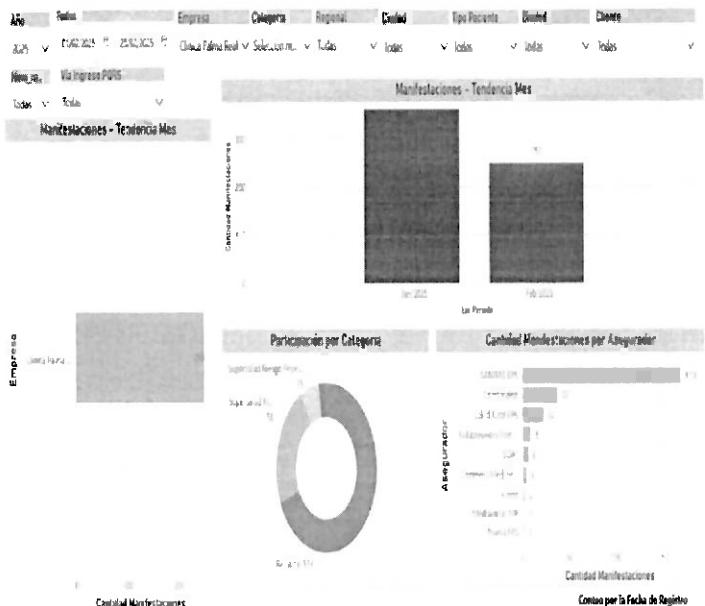
Carrera 27 No. 29-32  
[www.palmira.gov.co](http://www.palmira.gov.co)  
 Línea de Atención: 602 8912312





## **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



**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.

28 Febrero 2025 Cédula paciente / Patient ID 16281680

Nombre del paciente / Name of patient Edison López Ospina

Correo electrónico / Email meyelot967@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 EPS you refer to

Clínica Farallones  Clínica Palma Real  Clínica Lungavita

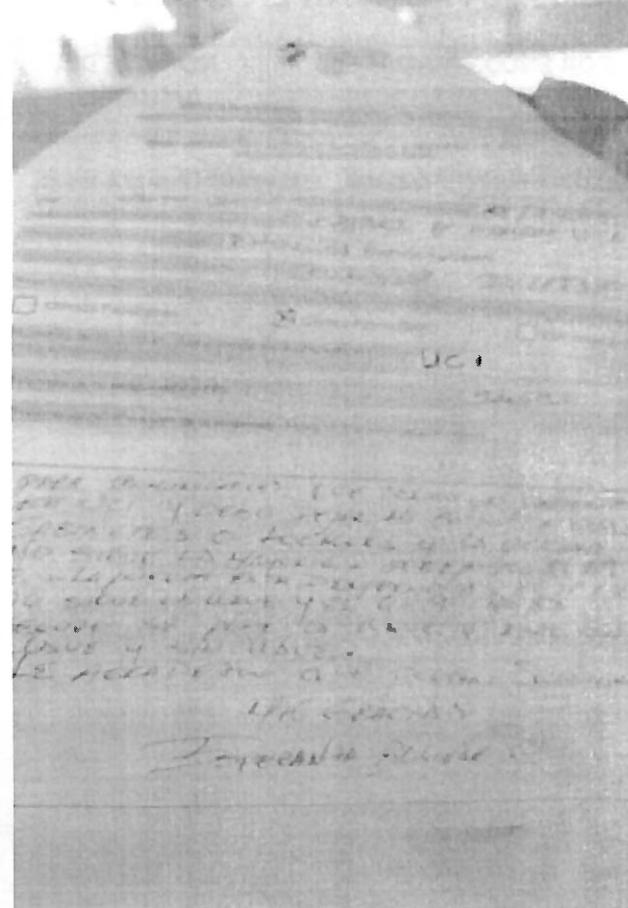
Nombre de la unidad - Área donde está ubicado el buzón / Name of health center - Location of the suggestion box Hospitalización

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 "traga" el agua normalmente



UC 1

**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 Marzo 2025 Cédula paciente / Patient ID 53145384

Nombre del paciente / Name of patient Natali Jaramillo

Correo electrónico / Email natyjara1783@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone 3158590757 11

Marca con una X a qué empresa haces referencia / Mark with an X with business or EPS you refer to

Clínica Parallones  Clínica Palma Real  Clínica Lungavita

Nombre de la unidad - Área donde está ubicado el buzón / Name of the健康中心 - Location of the suggestion box Administraciones

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 dia 27 de Febrero, ingreso al servicio de Uro por un dolor pélvico, donde me acosté en una silla, al dia 1 de marzo que el ginecólogo da orden de hospitalización, la jefe del servicio Stephania, sugiere que no hay cama disponible y que tenga q. dormir en el suelo, continuar en esa silla hasta que complete 72 horas de hospitalización por lo cual decidí firmar acta voluntaria.

**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.

28 Feb 2025 Cédula paciente / Patient ID 16281680

Nombre del paciente / Name of patient Yeressa Plaza Baeza

Correo electrónico / Email 3163711596

Marca con una X a qué empresa haces referencia / Mark with an X with business or EPS you refer to

Clínica Parallones  Clínica Palma Real  Clínica Lungavita

Nombre de la unidad - Área donde está ubicado el buzón / Name of the healthy center - Location of the suggestion box UC 3

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

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

Doy gracias por la atención recibida una persona muy humana un servicio en las instalaciones muy agradables y las personas de atención muy atentas y muy amables ICE orden muy adecuado para todo y que dia les doy gracias por su buena labor y atencion a la hora que

TEL 3163711596



**Alcaldía de Palmira**  
Nro.: 591-1380-007-3

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

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES					
			FECHA:	4 DE MARZO 2025	
			HORA:	8 A.M.	
<b>LUGAR DE LA REUNIÓN: CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALMA REAL</b>					
<b>ASUNTO EVENTO: ACOMPAÑAMIENTO APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS</b>					

Importante: En el cumplimiento de la ley 1531 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 comparte, ni son cedidos a ninguna empresa o tercero, forman parte de esta base de datos de contactos, para los fines exclusivos de nuestra área, atendiendo lo dispuesto en la ley con finalidad de contratarle por nuestros diferentes canales de comunicación para mantenerse 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. Sabio que usted tiene la opción de no estar interesado en estas comunicaciones y podrá solicitar la suspensión de dichos personajes de nuestra base de datos. Comuníquese con nuestro Teléfono 2709505, e informemos sus preferencias de comunicación con nosotros. También nos puede escribir al correo: atenciónciudadano@palmira.gov.co, o a la dirección Calle 30 No. 29 -39, o a nuestro portal [www.palmira.gov.co](http://www.palmira.gov.co)

No.	NOMBRES	APELLIDOS	No. DE CEDULA	EMPRESA - ENTIDAD - DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	FIRMA	Autorización de uso datos
1	MAYRA LORENA	DIAZ	1130595297	CHRISTUS SINERGIA	ANALISTA	<a href="mailto:mayra.diaz@christus.co">mayra.diaz@christus.co</a>	3218159686		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	YULI ANDREA	RIVEROS MURILLO	1114632290	CHRISTUS SINERGIA	ANFITRION SERVICIOS	<a href="mailto:yuli.riveros@christus.co">yuli.riveros@christus.co</a>	3186158417		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	LESVY YANETH	ZAPATA	55150500	SECRETARIA SALUD	PO1	<a href="mailto:lesvy.zapata@palmira.gov.co">lesvy.zapata@palmira.gov.co</a>	3133920611		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									



FECHA	4 Marzo 2025	CÉDULA	1130595297
NOMBRE	Mauria 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: Lesvy Zapata | TEMA: Apertura Baños-

ÁREA 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 AMBITO LABORAL	<input type="checkbox"/>	8. ESTADÍSTICAS VITALES	<input checked="" type="checkbox"/>	12. PARTICIPACIÓN SOCIAL

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-Satisficho y 5- Muy Satisficho.

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
			SI	NO		
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES GENERALES

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 contactarle por nuestros diferentes canales de comunicación.

