

ACTA DE REUNIÓN

192.1.26.27.00000001.1037.2025000046


Municipio de Palmira
Ventanilla Única - Correspondencia Externa
Fecha y Hora: 2025-06-03 14:28:19
Evaluado por: Legitimado
Radicado a: - Zapatah Nro. Folios: 5 Nro. Anexos: 0

*** 20250195683 ***

Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	04/06/2025
		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 JUNIO del año 2025.

2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

- 2.1. El día 04 de JUNIO de 2025, se reunieron las personas del "LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES" en la sede de la Entidad CLINICA PALMA REAL, 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			
	N° de Buzón	Área	#
Piso 1	Buzón	Urgencias VIP <i>Queja</i>	<i>1</i>
Piso 1	Buzón	Urgencias adulto – Urgencias Pediátricas <i>1</i>	<i>0</i>
Piso 1	Buzón	Imágenes diagnosticas	<i>0</i>
Piso 2	Buzón	Consulta externa – Cirugía- Gastro	<i>0</i>
Piso 3	Buzón	Consulta externa solamente	<i>0</i>
Piso 4	Buzón	UCI	<i>0</i>
Piso 5	Buzón	Urgencias Prepagadas	<i>0</i>
Piso 6	Buzón	Hospitalización Prepagada	<i>0</i>
Piso 7	Buzón	Hospitalización Pacientes de EPS - ARL <i>Felicitación</i>	<i>1</i>

ACTA DE REUNIÓN

Bloque Platinos	Centro	Buzón	Consulta Externa - FOMAG	Ø
Bloque Platinos	Centro	Buzón	Centro de Rehabilitación	Ø
TOTAL PQRS 1 Folio. 2 Q.				3

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

NOMBRE DEL USUARIO QUE RADICÓ LA PETICIÓN	RESUMEN MOTIVO DE LA PETICIÓN	RESPUESTA OPORTUNA PARA EL USUARIO	RESPUESTA INOPORTUNA PARA EL USUARIO	RESPUESTA INCOMPLETA	SE TRASLADO POR COMPETENCIA (A LA EPS-OTRO)	NO REQUIERE RESPUESTA
3-06-2025. Einer Ramirez Astiza cc 16.742.634. Nueva EPS Veo necesidad de realizar o mejorar el protocolo de atención de servicio al cliente. tanto al guarda que está en la puerta de atención de la EPS, como a la jefe que recibe la urgencia en persona	ya queda a función es q. no mira a los qps. Resp. de 45 minutos pugnato x q no atienden a mi esposo y ni siquiera me recordaban quien era. La niña de recepción si atiende bien. La jefe es Diana las niñas no dicen su apellido.	Rta. entregado al ciudadano el 19 junio expresando las acciones de mejora				
3-06-2025. Carlos Botero. no dejó mas datos. ee= Dixce. Corro=	Dice "que es una queja de servicio como hospital mejor ese servicio precoco"					

ACTA DE REUNIÓN


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 _____
- 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 Olga Mery Gutiérrez	27/06/2025

FIRMAS:


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


Nombre: **OLGA MERY GUTIERREZ**
Cargo: profesional 01 CONTRATISTA
participación.salud@palmira.gov.co
Contacto: 3217150684

Nombre: **ANGY VANESSA SIERRA G.**
Cargo:
CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALA
REAL

ANEXO: Listado de asistencia a reuniones y registros fotográficos

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 

«CENTRO»
«Direccion»
www.palmira.gov.co
Línea de Atención: 602 8912312





OLGA MERY GUTIÉRREZ
Hoy a la(s) 11:23 a. m.



Nº 001

CHRISTIE SUPEROLIA
SOL

Estimado paciente: Tus opiniones, inquietudes y/o sugerencias son muy importantes para nosotros.
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 sus manifestaciones.
Please fill out all fields legibly. These are indispensable for us to be able to manage your requests.

Fecha: 06/04/2025 Cédula: 16742654

Nombre del paciente: Emir Ramirez Dávila

Correo electrónico: emir0808@gmail.com / emirramirez08@gmail.com

Celular o teléfono de contacto: 98324552

Marca con una X a qué desea ser tratado (seleccionar):
☐ Clínica Psiquiátrica ☒ Clínica Psicológica ☐ Clínica Logopédica

Indique si le interesa recibir la información por correo electrónico: Si, por favor

Nombre de la responsable: Nancy S/A - ARL SOLA

Indicaciones especiales para el tratamiento: _____

*Favor leer detenidamente y responder
problema de atención de servicio al cliente tanto
al guarda que maneja la puerta de acceso al
EPS, como a la Defensora que recibe la queja
en prepagado, ya que lo atienden a uno
y no a otro. Hay una Sra. con el número de
EPS en los documentos. Cuando yo después de
atenderle pregunto por su identidad o si
es de la Defensora, me dicen que es
para que yo le entregue el dinero que me
dieron y que de la Defensora se debe
saber que en caso de Sra. Defensora
se le entregó el dinero.*



Palmira, 19 de junio de 2025

Señora
EINER RAMIREZ ASTAIZA
Palmira

Asunto: Respuesta manifestación paciente

Reciba un cordial saludo de parte de CHRISTUS SINERGIA SALUD CLINICA PALMA REAL.

Por medio del presente, agradecemos esta manifestación recibida, toda vez que nos permite identificar oportunidades de mejora durante los procesos de atención y así emprender acciones encaminadas a promover una cultura de mejoramiento continuo al interior de nuestra institución,

Muchas Gracias por confiar en nosotros, se remite información al coordinador de urgencias para su respectiva validación, teniendo en cuenta la importancia de su aporte a nuestro crecimiento organizacional. También es importante aclarar que actualmente nos encontramos capacitando personal nuevo para completar nuestro equipo de trabajo y lograr brindar una atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes.

Lamentamos que este hecho haya impactado en sus expectativas de servicio, agradecemos sus observaciones, ya que nos permiten identificar los aspectos susceptibles de ajuste y la posibilidad de definir acciones de mejoramiento para nuestros servicios en beneficio de todos los usuarios.

En Christus Sinergia Clínica Palma Real, estamos comprometido con la satisfacción de nuestros pacientes por lo cual trabajamos continuamente en el diseño y ejecución de estrategias que nos permitan prestar un servicio con altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención por lo cual agradecemos su retroalimentación como insumo para el mejoramiento continuo de nuestra institución.

Cordialmente,

MANIFESTACIONES DEL PACIENTE

CHRISTUS Colombia

Tu salud. Tu vida. Nuestro Propósito.



OLGA MERY GUTIÉRREZ

Hoy a la(s) 11:23 a. m.



3 de 3



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.

3 06 2025 Cédula paciente / Patient ID: 16742634

Nombre del paciente / Patient Name: Eimer Ramirez Asdaiza

Correo electrónico / Email: eimer09@gmail.com / eimer Ramirez09@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Mobile or contact phone: 3103765555

Marca con una X a qué empresa haces referencia / Mark with an X to which company 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 mailbox: Pucillo area prepagada

Nombre de tu asegurador o EPS / Name of your insurer or EPS: Nueva EPS - ARL SURA

Radicación Nº (Para uso de la empresa) / Filing Nº (For use by the company):

Favor Ueo necesamo realizar o afianzar protocolo de atención de servicio al cliente tanto al guarda que esta en la puerta de atención de EPS como a la Jefe que recibe la urgencia en prepagada. Ya que lo atienden a uno y ni siquiera hay una sonrisa o mirara a los ojos a los usuarios. Cuando yo despues de 45 minutos le pregunte por que no atendian a mi esposo ni siquiera recordaba quien era ni por que. Y esto no me parece bien. Y un modo de decir que habia mucha gente. Mientras la niña de la recepción si atiende super bien. La Jefe es Diana, las niñas no quisieron dar el cuidado.

N° 002.



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.

306 BOC 2015 Cédula paciente / Patient ID: _____

Nombre del paciente / Name of patient: Carlos Baturo

Correo electrónico / Email: _____

Celular o teléfono de contacto / Phone: _____

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 the unit - Location of the suggestion box: _____

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

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

Una Groseria de Servicios
Como de Hospital
Mejoren ese Servicio.
Pequeca



Alcaldía de Palmira
Nt.: 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: **CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALMA REAL**

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

FECHA:	4 DE JUNIO 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 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 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 informes sus preferencias de comunicación con nosotros. También nos puede escribir al correo: atencionalcidadadano@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 ELECTRÓNICO	CELULAR	FIRMA	Autorización de uso datos	
									SI	NO
1	MAYRA LORENA	DIAZ	1130595297	CHRISTUS SINERGIA	ANALISTA	mayra.diaz@christus.co	3218159686		X	
2	ANGY VANNESSA	SIERRA	1114817313	CHRISTUS SINERGIA						
3	OLGA MERY	GUTIERREZ	38853041	SECRETARIA SALUD	PO1	olgamery.gutierrezf@gmail.com	3217150684		X	
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										



FECHA	4 JUNIO / 2025		CÉDULA	1130595297		
NOMBRE	Maurita DIAZ		TELÉFONO	3218159686		
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:		
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 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-Satisfecho y 5- Muy Satisfecho.						
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						
Registrala 11-06/25 Diaz						
IMPORTANTE: En el cumplimiento de la ley 1551 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.						

Nicolas Gonzalez Olaya
Médica General
R.M. 1113693800

Certificado Civil

Código verificación: 358B-6547-DF8E-C4E0

REGISTRO ÚNICO DE FALLECIDOS - VALLE DEL CAUCA

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN		País		COLOMBIA	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Departamento		VALLE DEL CAUCA	
Cabecera Municipal		Municipio		PALMIRA	
TÍPO DE DEFUNCIÓN		FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Año - Mes - Día	
No Fatal		2025-01-03			
SEXO DEL FALLECIDO		IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO		Tipo de documento	
Femenino		Cédula de ciudadanía			
APellidos y Nombres del Fallecido (tal como figuren en el documento de identidad)		Primer apellido		Segundo apellido	
ARIAS		LENIS		MARIELA	
PROBABLE CAUSA DE MUERTE		Muestran los antecedentes		Se debe indicar si se acuerda con la cultura pueblo o si se reconoce como	
Natural					
II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN					
IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR		Tipo de documento		Cédula de ciudadanía	
Apellidos y Nombres del Certificador		Primer apellido		Segundo apellido	
GONZALEZ		OLAYA		NICOLAS	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		REGISTRO PROFESIONAL		Número de documento	
Médico		1113693800		1113693800	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		Municipio		PALMIRA	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		Año - Mes - Día		2025-01-03	
Firma de quien certifica la defunción		Firma de quien certifica la defunción		Firma de quien certifica la defunción	



La información registrada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho de privacidad y es de carácter confidencial. No debe ser utilizada para fines ajenos a los que fue emitida. Por lo tanto, se prohíbe su uso para fines de lucro o para fines de discriminación.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN
25011820001861

Salud