



Alcaldía de Palmira
Nit.: 891.380.007-3

República de Colombia
Departamento del Valle del Cauca
Alcaldía Municipal de Palmira
«Organismo»

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
Enviado por: Izquierdo
Radicado a: - Lepantab Nro. Folios: 5 Nro. Anexos: 0



*** 20250195683 ***

Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	04/06/2025
Lugar:	CHRISTUS SINERGIA-CLINICA PALMA REAL	Hora Inicial:	8 A.M.
Participantes:		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 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			
	Nº de Buzón	Área	#
Piso 1	Buzón	Urgencias VIP <i>Quieja</i>	<i>1</i>
Piso 1	Buzón	Urgencias adulto – Urgencias Pediátricas	<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>

«CENTRO»
«Dirección»
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
«Organismo»

ACTA DE REUNIÓN

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

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	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 Asturiza cc 16.742.634. Nueva EPS No necesito reseñar y oficinas el protocolo de atención de servicio al cliente, tanto al guarda que es la en la puerta de atención de la EPS, como a la jefe que recibe la urgencia en papaña	yo q hace a favorios es q no mím a los gos. desp de 45 minutos pugnaba q no a nadie a mi esposo q ni seguia m. recordabam q q era La niña de recepcion si atendió bien. La jefe es Diana las niñas no dicen q se q pellido.	Pta. entregado al ciudadano el 19 junio expresando las acciones de mejora			
3-06-2025.	Carlos Rojas. no dejo mas datos. ee= dixco= corro=	Dice "q es una graciosa de servicio como hospital mejor esc servicio peccosa"				

«CENTRO»
«Dirección»
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
«Organismo»

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 Secretaría 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 *Zapata*
Revisó: Marly Jicet Silva –Subsecretaría de Planeación y Administración-Secretaría de Salud
Aprobó: Marly Jicet Silva –Subsecretaría de Planeación y Administración-Secretaría de Salud

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





OLGA MERY GUTIÉRREZ

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



2 de 3

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.

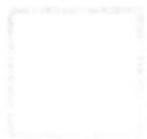


OLGA MERY GUTIÉRREZ

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



3 de 3



Nº 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 all the fields in legible handwriting, which are essential to be able to manage your requirements.

3062025 Cédula paciente 16742634

Nombre del paciente

Einer Ramírez Asdiazan

Correo electrónico / Email

einer08@gmail.com/eineramirez08@gmail.com

Celular o teléfono de contacto / Phone

3103765554

Marca con una X a qué empresa haces referencia

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

Pollo area prepago/area

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

Nueva EPS - ALC SURA

Radicación Nº (Para uso de la empresa) / Billing # (For business use only)

FUZY Uso necesario realizar o afianzar protocolo de atención de servicio al cliente tanto en guarda que esta en la puerta de atención de EPS como a la Jefe que recibe la pregunta en prepago/area porque lo atienden a uno y si quiere hoy mi esposo o mañana los otros días o los usuarios. Cuando yo después de 45 minutos le pregunto por que no atendían a mi esposo ni siquiera recordaba quien era ni por que. Esto no me parece bien. Y no modo de decir que había mucha gente. Mientras la mitad de las recepcionistas estaban ocupadas. La Jefe es Diana, las demás no quisieron decir el apellido.

Nº 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.

306 806 2025 Cédula paciente / Radicación:

Nombre del paciente / Nombre del paciente:

Carlos Botero

Correo electrónico / Email:

Móvil 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 UNIT - AREA WHERE THE MAILBOX IS LOCATED

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

Radicación N° (Para uso de la empresa) / RADICACIÓN Nº (For internal use only):

Una Granería de Servicios
Centro de Hospital
Mejoren este servicio.
Pecueca



Alcaldía de Palmira
Nº.: 891.360.007-3

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

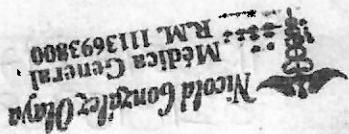
LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

		FECHA:	4 DE 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 tercero, 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 infórmenos 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 ELECTRÓNICO	CELULAR	FIRMA	Autorización de uso datos
1	MAYRA LORENA	DIAZ	1130595297	CHRISTUS SINERGIA	ANALISTA	<u>mayra.diaz@christus.co</u>	3218159686		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	ANGY VANNESSA	SIERRA	1114817313	CHRISTUS SINERGIA					
3	OLGA MERY	GUTIERREZ	38853041	SECRETARIA SALUD	PO1	<u>olgamer.gutierrezf@gmail.com</u>	3217150684		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

FECHA	4 Junio / 2025		CÉDULA	1130595297	
NOMBRE	Mayra Díaz		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
<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-Satisficho y 5- Muy Satisficho.</p>					
CRITERIOS DE CONTROL			1. MUY INSATISFECHO	2. INSATISFECHO	3. NEUTRAL
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><i>Requerida 11-06-2025 oax.</i></p>					
<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 contactarla por nuestros diferentes canales de comunicación.</p>					



Correlation Coeff.

Codding Verificagion: 25B-6E47-DF6-E4E0

Página de impresión: 2023-10-09 00:21



**CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL**