

ACTA DE REUNIÓN

192.1.26.27.00000001.1037.2025000048



Municipio de Palmira
Ventanilla Única - Correspondencia Externa

Fecha y Hora: 2025-06-03 15:28:53
Enviado por: leagutab
Radicado a: Lapalab Nro Folios: 5 Nro Anexos: 0



*** 20250195823 ***

Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	06/06/2025
		Hora Inicial:	10:00 A.M.
Lugar:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO	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 06 de JUNIO de 2025, se reunieron las personas del "LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES" en la sede de la Entidad HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO, 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	#
Buzón 1	Consulta Externa	Ø
Buzón 2	Urgencias	Ø
Buzón 3	Ginecología y Obstetricia	Ø
C.	CIRUGIA	Ø
	Pediatría y hospitalización	Ø
TOTAL PQRS		

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



Giobado

ACTA DE REUNIÓN

**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. 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._____

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



ACTA DE REUNIÓN

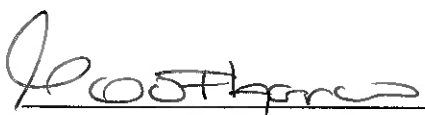
3. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

- 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

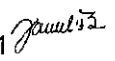
Nº	Tema / Actividad	Responsable	Fecha de cumplimiento
1	Envío copia digital del acta de visita apertura de buzón de sugerencias al correo institucional designado por la entidad:	Olga Mery Gutierrez Y Lesvy Yaneth Zapata Bahamón	27/06/2025

FIRMAS:


MARIA FERNANDA BEJARRO
Cargo: Líder de Atención al Usuario
HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO


OLGA MERY GUTIERREZ
Cargo: Profesional 01 contratista
participación.salud@palmira.gov.co
Contacto: 3217150684

ANEXO: Listado de asistencia a reuniones y registro fotográfico

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





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:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO		FECHA:	06 DE JUNIO 2025
ASUNTO O EVENTO:	ACOMPañAMIENTO APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS		HORA:	10 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 contactarte 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: atencionalciudadano@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	MARIA FERNANDA	BEJARANO		HROB	LIDER SIAU	siau@hrob.gov.co	3160417051		X	
2										
3	OLGA MERY	GUTIERREZ	38853041	SECRETARIA SALUD	PO1	olgamery.gutierrezf@gmail.com	3217150684		X	
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										



FECHA	JUNIO 05/2025		CÉDULA	38859.044		
NOMBRE	LUPA FERNANDA BEJARANO		TELÉFONO			
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						
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 persona 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.						



Alcaldía Municipal
de Palmira
Nº: 891.360.007-3

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
TRASLADO DE CADÁVERES

TENIENDO EN CUENTA EL ACUERDO 613/91, LA LEY 9/79 Y 16/96

TRASLADO No. 35

CERTIFICA:

QUE SE HAN LLENADO LOS REQUISITOS INDISPENSABLES PARA TRASLADAR EL CADÁVER DE:

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
NIVABENEIRA		GARCIA		EUSEBIO	

TIPO DE DOCUMENTO:		No.:		EXP.:	
CC (Cédula de Ciudadanía)		6369147		PALMIRA	

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN No.:		FECHA DE FALLECIMIENTO:		HORA:	
25019320016851		19/01/2025		20:05:00	

EL CADÁVER SERÁ TRANSPORTADO VÍA:		AL DPTO:		CIUDAD:		PAÍS:	
Terrestre		VALLE DEL CAUCA		CALI		COLOMBIA	

PARA EL CASO DE TRANSPORTE POR VÍA AEREA:

AEROLÍNEA:		VUELO No.:	

SERVICIO PRESTADO POR LA FUNERARIA:

SERGOFUN LTDA. FUNERALES LOS OLIVOS

DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
CL 23 # 33 - 122		3126020142	

TIPO DE VEHICULO:		MODELO:		PLACAS:		COLOR:	
SANYONG		2009		CWU494		BLANCO	

CONDUcido POR:

APELLIDOS		NOMBRES		No. DOCUMENTO		EXPEDICIÓN	
CASTELLANOS QUINTERO		JHONNY		14701416		PALMIRA	

LA MUERTE FUE CERTIFICADA POR EL(A) DR(A):

ANDREA CAROLINA RUANO MARTINEZ

TARJETA PROFESIONAL No.:

1143857500