



ACTA DE REUNIÓN

192.1.26.27.00000001.1037.2025000068



Municipio de Palmira  
Ventanilla Única - Correspondencia Externa

Fecha y Hora: 2025-07-14 10:28:43

Llevado por: Izquierdo

Radicado en: Lepatub Nro. Edifico 5 Nro. Anexo 10



\*\*\* 20250260903 \*\*\*

Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	18/07/2025
Lugar:	MEDIC IPS	Hora Inicial:	3 P.M.

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 Julio del año 2025.

2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

- 2.1. El día 18 de Julio de 2025, se reunieron las personas del "LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES" en la sede de la Entidad MEDIC IPS, 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 dirigir 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	2
	Nº de Buzón Área	#
BUZON 1	Sala de atención a usuarios <i>Felicitación</i>	1
BUZON 2	Edificio de terapias	0
	<b>TOTAL PQRS</b>	<b>1</b>



ACTA DE REUNIÓN

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
1. NO HUBO PQRSFD EN NINGUNO DE LOS DOS BUZONES EN LA VISITA DEL 20/06/2025.						
2. Felicitación. Nancy Ruiz Castañeda C.E. 66.700.841 Esposo Onofre Mosquera	Felicitación				X Queda el dato en una base de datos pero no emiten respuesta	



ACTA DE REUNIÓN

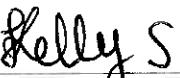
3. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

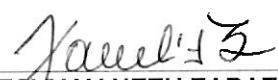
- La entidad tiene un procedimiento para la apertura de los buzones de sugerencias. Sí
- La entidad cumple con el procedimiento para la apertura de buzones de sugerencias con personal calificado Sí
- La Secretaría de Salud verificó la TRAZABILIDAD de la gestión de las PQRS Sí
- Se anexa registro fotográfico de la visita y de las PQRS encontradas en los buzones en esta visita. Sí

4. RESUMEN DE COMPROMISOS

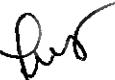
Nº	Tema / Actividad	Responsable	Fecha de cumplimiento
1	Envío copia digital del acta de visita apertura de buzón de sugerencias al correo institucional designado por la entidad:	Lesvy Yaneth Zapata	30/07/2025

FIRMAS:

  
Nombre: KELLY VIVIANA SERNA  
Cargo: Profesional canales de atención  
MEDIC IPS

  
Nombre: LESVY YANETH ZAPATA  
Cargo: profesional 01  
participación.salud@palmira.gov.co  
Secretaría de Salud de Palmira  
Contacto: 3133920611 - 3217150684

ANEXO: Listado de asistencia a reuniones

Proyectó: Lesvy Yaneth Zapata-Profesional Universitario 01   
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](http://www.palmira.gov.co)  
Línea de Atención: 602 8912312





ACTA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS			Formato PA-FORMA-01										
IPS MEDIC S.A.S NIT. 900.198.878-7			Versión 2.0										
FECHA (dd-mm-aaaa)	ACTA No.	HORA DE INICIO (a.m. - p.m.)	HORA DE FINALIZACIÓN (a.m. - p.m.)										
18/07/2015	105	13:10	13:15										
Lugar: PALMIRA-FISIOTERAPIA													
<p>Realizada la apertura del respectivo buzón, se evidencia la cantidad de <u>00</u> formatos PA-FORMA-01 a nombre de los siguientes usuarios:</p> <table border="0"> <tr> <td>C.C. _____</td> <td>Col. _____</td> </tr> <tr> <td>C.C. _____</td> <td>Col. A.D.F.</td> </tr> </table>				C.C. _____	Col. _____	C.C. _____	Col. A.D.F.						
C.C. _____	Col. _____												
C.C. _____	Col. _____												
C.C. _____	Col. _____												
C.C. _____	Col. _____												
C.C. _____	Col. A.D.F.												
<p>Firma de quienes intervienen en el proceso de apertura del buzón de sugerencias:</p> <p><u>Stephanie Tijerina G.</u> Testigo Nombre: <u>Stephanie Tijerina G.</u> C.C. <u>113685169</u> Celular: <u>319 561 0810</u></p> <p><u>KELLY SERNA</u> Responsable Área SIAU IPS MEDIC</p> <p>Representante Asociación de Usuarios de Nueva EPS</p>													
<p>OBSERVACIONES: El original reposará en los archivos de la IPS Medicina y al representante de la Asociación de Usuarios se le encargará por correo electrónico una fotocopia de los formatos de las PORS-F depositados por los usuarios.</p>													

ACTA		Nº: 900.198.878-7		versión 2.0										
FECHA (dd-mm-aaaa)	ACTA No.	HORA DE INICIO (a.m. - p.m.)	HORA DE FINALIZACIÓN (a.m. - p.m.)											
18/07/2015	105	13:00	13:15											
Lugar: PALMIRA														
<p>Realizada la apertura del respectivo buzón, se evidencia la cantidad de <u>01</u> formatos PA-FORMA-01 a nombre de los siguientes usuarios:</p> <table border="0"> <tr> <td>maria milena <u>Nataly Díaz</u></td> <td>Col. _____</td> </tr> <tr> <td>C.C. _____</td> <td>Col. _____</td> </tr> </table>					maria milena <u>Nataly Díaz</u>	Col. _____	C.C. _____	Col. _____						
maria milena <u>Nataly Díaz</u>	Col. _____													
C.C. _____	Col. _____													
C.C. _____	Col. _____													
C.C. _____	Col. _____													
C.C. _____	Col. _____													
<p>Firma de quienes intervienen en el proceso de apertura del buzón de sugerencias:</p> <p><u>Dayana S.</u> Testigo Nombre: <u>ESCOL William Díaz</u> C.C. <u>16 881 094</u> Celular: <u>314 632 5630</u></p> <p><u>KELLY SERNA</u> Responsable Área SIAU IPS MEDIC</p> <p>Representante Asociación de Usuarios de Nueva EPS</p>														
<p>OBSERVACIONES: El original reposará en los archivos de la IPS Medicina y al representante de la Asociación de Usuarios se le encargará por correo electrónico una fotocopia de los formatos de las PORS-F depositados por los usuarios.</p>														

Palmira

Señores miembros

Yo Nancely Ruiz Castañeda con número de cédula 66700041 de Roldanito me dirijo a ustedes con el fin de recalcar-les mis sinceras gracias al personal de salud por la ayuda y la realización de trámites oportunos con mi esposo el señor Osvaldo Uscátegui donde le asistió mi señora Gómez desde su sentido humano respeto a la gestión de trámites para la solicitud de alta para tomar en cuenta la solicitud de muestras y al momento de dar un diagnóstico fue muy respetuosa teniendo en cuenta de todo humano al momento de abordar a mi esposo para darle su diagnóstico poniéndole en el lugar de mi paciente y dando lo mejor de ella para que mi esposo recibiera un tratamiento oportuno.

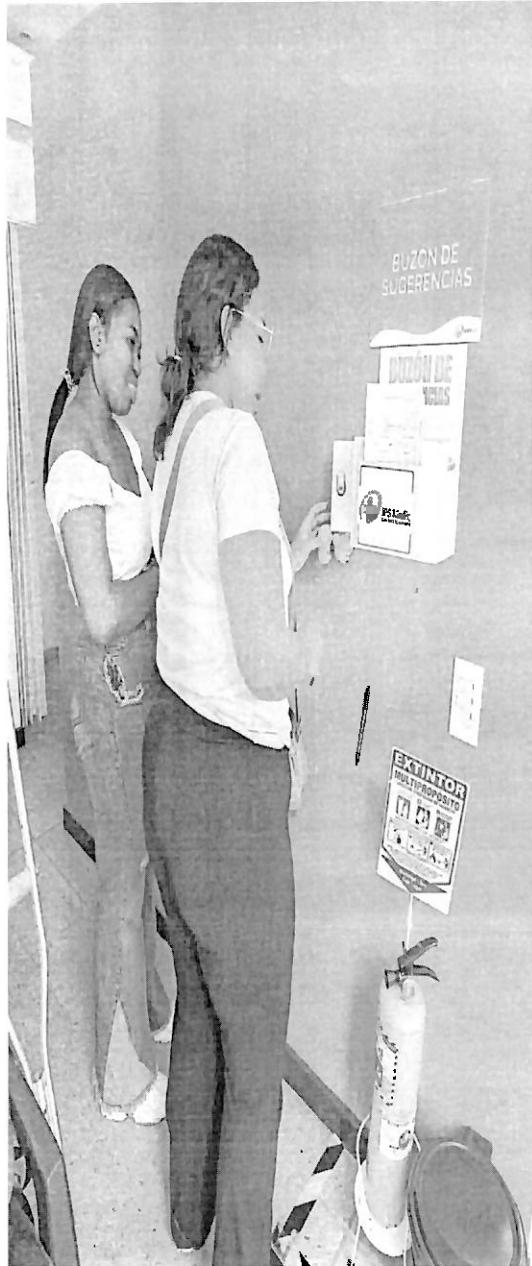
Doy mi mas sinceras gracias y felicitaciones por su servicio recalcando su sentido humano con mi esposo y conmigo por su gestión realizada.

Atentamente

Nancely Ruiz Castañeda

Muchas gracias por su atención

667000847



República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Alcaldía Municipal de Palmira

SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN



Alcaldía de Palmira  
Nº. 891.380.007-3

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

LUGAR DE LA REUNIÓN:

IPS MEDIC IPS

ASUNTO O EVENTO:

Acopiamiento A portada Buzón de Sucopencias

FECHA:

18 / Julio / 2025

HORA:

3 p.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 mantenerte informado sobre tendencias de nuestros productos y servicios de acuerdo a las preferencias que usted nos ha manifestado previamente, activara 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 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	Lasry	Zuperta	55150500	See. Salud	POJ	lasy.zuperta@palmira.gov.co	31339120611	JB	X	
2	Kelly	Silvano	193036387	Medicips	gestora SHAU	silvano.silvano@medicips.com	3225990816	Kelly S	X	
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										



